WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

MIESIĘCZNIK PAŹDZIERNIK

ROK IX 1938 NUMER 9

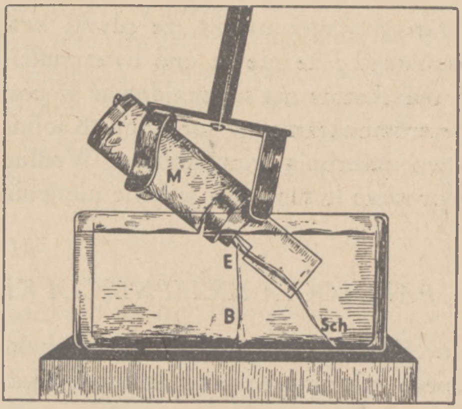
TAMOWANIE KRWAWIEŃ.

Dr *Herrmann*, Kopenhaga (Skand. Arch. Physiol. 1937, tom 76); dr *Grunke*, Halle (Zbl. inn. Med. 1935, Nr. 44); prof. dr *H. Horsters*, Berlin (Podstawy diagnostyki klinicznej 1936); dr *Döttl* i dr *Ripke*, Elberfeld (Medycyna i Chemia, 1936, III); dr *Elsner* i inni, Berlin (Z. physiol. Chem. 1937, tom 246); dr *Lenggenhager*, Klin. Chir. w Bernie (Klin. Wschr. 1936, Nr. 50); dr *Kohl* (Klin. Wschr. 1936, Nr. 50); dr *Capuani* i dr *Durando* (Endocrinolog. 1933, tom 8); dr *Anstett* (Z. exp. Med. 1935, tom 97); dr *Behr*, Kolonia (Klin. Wschr. 1934 Nr. 8); prof. dr *Bürger* i dr *Schrade*, Bonn (Klin. Wschr. 1936. Nr. 16); dr *Kausch* (Mschr. Gebh. u. Gyn. 1934, tom 98); dr *Haenlein* i dr *Schliephake* (Klin. Wschr. 1935, Nr. 3); dr *Trauner*, Grac (Klin. Wschr. 1935, Nr. 32); dr *Lehndorff*, Wiedeń (Choroby krwi. Büch. ärtzl. Prax. 1935); *Ganguly* (Ind. Jl. Med. Res. 1936, tom 24); *Lillig* (Pharm. Ztg. 1937, Nr. 61); prof. dr *Schilling*, dr *Hittmair* i inni (Zjazd hematologów w Münster 1937); dr *Johnston*, Cincinnati (Med. Journ. 1937, tom 18); dr *Kappis* i dr *Baumann* (Med. Klin. 1937, Nr. 30).

I. FIZJOLOGIA.

a) Mechanizm tamowania krwawień. Tamowanie krwawień może się odbywać różnymi sposobami. Na ogół powinniśmy tu uwzględniać dwa zjawiska, występujące oddzielnie lub jednocześnie: zwężenie krwawiącego naczynia i zamknięcie w ten sposób jego światła albo też wytworzenie się skrzepu w miejscu uszkodzenia błony wewnętrznej.

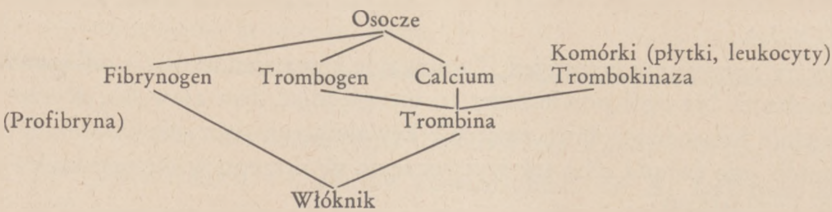
b) Mechanizm krzepnięcia krwi nie został jeszcze dokładnie zbadany i wyjaśniony, pomimo że zagadnieniu temu poświęcono bardzo dużo pracy. Wielkie znaczenie ma tu włóknik, związek białkowy, podobny w stanie nierozpuszczalnym do skrzepłego białka jaja kurzego. Osocze krwi zawiera włóknik w postaci rozpuszczalnej, zwanej fibrynogenem, czyli substancją włóknikorodną, należącą do grupy globulin. Ilość fibrynogenu w osoczu wynosi 0,1 — 0,3%. Według *Apitza* (Z. exp. Med. 1937, tom 101) fibrynogen przetwarza się początkowo w rozpuszczalną profibrynę i dopiero następnie zamienia się w włóknik.



Badanie czasu krwawienia (według *Döttla* i *Ripke*'go, Med. u. Chem. 1936, tom II). M = mysz. Przy E lekkie krwawienie z żyły ogonowej. B — skrzep krwi.

Krzepnięcie nie zależy od ustania krążenia, które może tu być tylko jednym z wielu czynników sprzyjających; jeżeli np. u żywego zwierzęcia obnażymy naczynie i założymy w 2 miejscach przewiązkę, to krew zawarta w tym odgraniczonym odcinku może pozostać przez szereg dni płynną, pomimo zupełnego zahamowania krążenia. Krzepnięcie zależy od obecności jonów wapniowych; bez jonów wapnia krew nie krzepnie! W zjawisku krzepnięcia ma przyjmować udział również pewien zaczyn zwany trombiną. Wielu badaczy poddaje jednak istnienie tego zaczynu w wątpliwość; udział płytek krwi przy wytwarzaniu trombiny nie jest jeszcze wyjaśniony. Również i Kongres Hematologów, odbyty w Münsterze 1937, nie rozstrzygnął sprawy, czy płytki krwi pochodzą z jąder erytrocytów *(Schilling)* czy też magakariocytów *(Hittmair).*

Trombina ma się znajdować w osoczu w postaci trombogenu, który dopiero pod wpływem trombokinazy zamienia się w obecności soli wapniowych w trombinę. Trombokinaza zaś powstaje podczas rozpadu płytek krwi lub leukocytów. Trombokinaza znajduje się również we wszystkich tkankach, co sprzyja w znacznym stopniu krzepnięciu krwi w każdej ranie. Tym tłumaczy się również spostrzeżenie, że krwawienie ustaje prędzej, jeżeli do krwawiącej rany przyciśniemy kawałek świeżej tkanki. Przed wielu laty *Aleksander Schmidt* podał następujący schemat krzepnięcia, który nie zyskał sobie wprawdzie powszechnego uznania, lecz nie stracił swego znaczenia jako hipoteza pracy:



Lenggenhager uważa, że płytki krwi nie mają z procesem krzepnięcia nic wspólnego i że nie są one bynajmniej źródłem trombokinazy (trombokininy). Trombokinina ma się znajdować w postaci rozpuszczonego związku białkowego (protrombokinina) w surowicy. Kaolina, płytki krwi i szereg innych związków łatwo adsorbują trombokininę. Według *Lenggenhagera* płytki krwi odgrywają w procesie krzepnięcia jedynie nieswoistą rolę ciała adsorbującego.

II. PATOLOGIA KRZEPNIĘCIA KRWI.

a) *Krwawienia przy zaburzeniach wątrobowych.* W przebiegu długotrwałych chorób zakaźnych i przy bardzo ciężkich schorzeniach wątroby zawartość włóknika we krwi często bywa zmniejszona. Szereg autorów uważa, że w stanach tych przechodzi do krwi większa niż przeciętnie ilość heparyny.

b) *Hemofilia.* Przy krwawiączce niedostateczna zdolność krzepnięcia zależy być może od niedoboru trombokinazy (? p. n.). Należy wziąć również w rachubę

możliwość istnienia własnych ustrojowych związków przeciwdziałających krzepnięciu. Hipotetyczne te związki nazwano „antitrombiną“ i „antikinazą“.

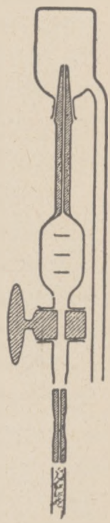
c) *Zaburzenia witaminowo-hormonalne.* Tak zwana skaza krwotoczna powstaje często na podłożu awitaminozy. Nie rozstrzygnięto jeszcze ostatecznie, czy oprócz witaminy C odgrywa tu pewną ważną rolę również czynnik P (Citrin). Również zaburzenia wydzielania wewnętrznego nie pozostają bez wpływu na szybkość krzepnięcia; tak np. tyroksyna hamuje, a paratyreoidyna i follikulina przyspieszają krzepnięcie.

d) *Zakrzepy.* Krzepnięcie krwi w naczyniach krwionośnych zależy zwykle od uszkodzenia śródbłonków i od zwolnienia prądu krwi.

III. METODY BADANIA.

Przy badaniu farmakologicznym środków, które przyspieszają lub hamują krzepnięcie, określamy szybkość krzepnięcia lub czas krwawienia. Dla określania czasu krzepnięcia opracowano różne aparaty. *Heubner* i jego współpracownicy podali w swoim czasie aparat określający czas wyciekania słupa krwi (Biochem. Z. 1922, tom 130). Z biegiem czasu poznano jednak, ile drobnych szczegółów należy uwzględniać, jeżeli chcemy otrzymywać miarodajne do pewnego stopnia wyniki. Duże znaczenie mają tu np. szybkość wyciekania, rodzaj szkła, dostęp powietrza, obecność zasad i nawet mechaniczne traktowanie krwi, np. zbyt gwałtowne przelewanie. Zasady mogą zwalniać krzepnięcie.

Bürker podał następującą metodę określania czasu krzepnięcia krwi: na wklęsłe szkiełko zegarkowe nalewamy kroplę fizjologicznego roztworu soli kuchennej, do której dodajemy następnie kroplę krwi świeżo pobranej z opuszki palca. Szkiełko zegarkowe umieszczamy w szalce *Petriego,* na której dnie znajduje się zwilżona bibuła do sączkowania (wilgotna komora). Taką wilgotną komorę pokrywamy szklaną płytką i trzymamy w temperaturze 25°. Co pół minuty przeciągamy przez roztwór krwi pałeczkę szklaną wyciągniętą w cienką nitkę i obserwujemy na zegarze chwilę, gdy na szklanej pałeczce pozostaną pierwsze nitki włóknika. Prawidłowy czas krzepnięcia wynosi przy 25° 4—5½ minut. W ciepłocie wyższej krew krzepnie prędzej, w niższej — wolniej. Przedłużenie czasu krzepnięcia do 10—15 minut stwierdza się w hemofilii (czas krwawienia prawidłowy) i w żółtaczce.



Badanie krzepnięcia za pomocą określania czasu wyciekania kropel.

Kurczenie się skrzepu przez samoistne wyciskanie surowicy po skończonym krzepnięciu najlepiej obserwować na szkiełku zegrakowym. Objaw ten nie występuje w przypadkach małopłytkowości. — Metoda badania krzepnięcia podana przez *Szabniewicza* polega na tym, że prawie włoskowatą rureczkę z krwią umieszczamy poziomo w kąpieli wodnej; za pomocą specjalnego przyrządu wywieramy na słupek krwi ucisk powietrza, sprawiający, że słupek krwi posuwa się tam i z powrotem; moment ustania ruchów oznacza właśnie chwilę krzepnięcia. *Szan-*

kowski zmodyfikował tę metodę (*Naunyn—Schmiedebergs* Arch. 1937, tom 184 str. 317) w ten sposób, że umożliwia ona jednoczesne badania seryjne.

Czas krwawienia najlepiej określać metodą *Dukego*. Oczyszczoną uprzednio opuszkę palca nakłuwamy cienkim ostrzem; krew samoistnie wyciekającą z ranki wysuszamy co ½ minuty paskiem bibuły używanej do sączków, aż ranka przestanie krwawić. Czas od chwili ukłucia do zupełnego ustania krwawienia nazywamy czasem krwawienia. Czas krwawienia przedłuża się w plamicy małopłytkowej i w ogóle w skazach krwotocznych. Czas krzepnięcia jest przy tym z reguły prawidłowy. Normalny czas krwawienia wynosi 2—3 minut. Przy badaniu przeciwkrwotocznego działania Manetolu, stosuje się metodę polegającą na określaniu czasu krwawienia z ranki na ogonie myszy pod wodą przy 37°. Ta podwodna metoda badania pozwala na bardzo dokładne określanie chwili ustania krwawienia.

IV. PRÓBY ZMIENIANIA MECHANIZMU KRZEPNIĘCIA.

a) *Hamowanie krzepnięcia.*

1. *Badania doświadczalne.* Krew w zimnie nie krzepnie; następnie istnieją liczne środki hamujące krzepnięcie, których mechanizm działania jest przeważnie nieznany, albo znany tylko częściowo. Germanina, liquoid, hirudyna, jodonaftolosulfonian sodu działają prawdopodobnie w ten sposób, że wpływają niszcząco na fibrynogen i hamują w ten sposób proces krzepnięcia. Hirudyna zwalnia również wytwarzanie się trombiny. Związek wątroby zwany heparyną łączy się łatwo z albuminą surowicy i przetwarza się w antytrombinę. Związanie wapnia przez cytrynian sodu, szczawiany, fosforany i węglany hamuje pośrednio protrombokininę (*Lenggenhager*).

Według *Lenggenhagera* hirudyna i heparyna hamują krzepnięcie przez stabilizację rozpuszczonej protrombokininy.

Wyciągi z niektórych małż działają tak jak wydzielina pijawek zwana hirudyną. Nie zbadano jeszcze dokładnie, czy opisywane czasami przedłużenie krzepnięcia pod wpływem wyciągów wątrobowych (Campolonu) jest związane z obecnością w wyciągu heparyny. Również wyciągi z tarczycy, jak np. Elityran, mają hamować krzepnięcie krwi (*Capuani*).

2. *Spostrzeżenia kliniczne.* W doświadczeniach na ludziach można zahamować krzepnięcie krwi za pomocą Germaniny (potrzebne są tu jednak bardzo duże dawki), heparyny, hirudyny lub wyciągu wątrobowego. Przy przetaczaniu krwi należy zwracać większą uwagę raczej na pochodzenie krwi od odpowiedniego dawcy, niż na poszukiwanie środków hamujących krzepnięcie.

Dla zwalczania zakrzepów próbowano w ostatnich latach stosować następujące środki:

Wyciągi wątrobowe (Campolon): *Neuda* (Wien. kl. Wschr. 1932, Nr. 30). Tyreotropowy hormon przedniego płatu przysadki, tyroksyna (Elityran): *Feriz*

(Ärztl. Sammelbl. 1934, t. 27); Germanina: *Stuber* i *Lang* (Dtsch. med. Wschr. 1932, Nr. 23). Związki przeciwzapalne jak Novalgina: *Denk* (Wien. Kl. Wschr. 1935, Nr. 3). Suprarenina: *Filip* (Fortschr.. Ther. 1931, Nr. 2) tylko dla celów zapobiegawczych. A. T. 10: *Bumm* (Klin. Wschr. 1934, Nr. 3) tylko dla celów leczniczych.

Na ogół za wyjątkiem tyroksyny (działanie na przemianę materii, *Kausch)* wyniki były niezadowalające. Następnie związki zwiększające ciśnienie krwi i pobudzające krążenie mają zmniejszać niebezpieczeństwo wytwarzania się zakrzepów. Szereg autorów jest jednak zdania, że poprawa ciśnienia krwi pozostaje tu zupełnie bez wpływu; w przypadkach w których należy się liczyć z możliwością istnienia zakrzepu (być może jeszcze na razie nierozpoznanego), należało by się raczej obawiać oderwania się zakrzepu wskutek nagłego skurczu naczynia. Wydaje się jednak, że lekarze, którzy starają się przeciwdziałać zakrzepom przez wczesne wstawanie po operacji, stosowanie środków wzmacniających krążenie, masaże, postępują do pewnego stopnia słusznie.

b) *Przyspieszanie krzepnięcia.*

1. *Badania doświadczalne.* W doświadczeniach na zwierzętach przyspieszają krzepnięcie krwi następujące środki: paratyreoidyna (prawdopodobnie drogą zadziałania na wapniową przemianę materii, *Capuani)*, follikulina, wyciąg z łożyska, witamina C (czynnik P), surowica, wapń, żelatyna, jad wężów, mleko kobiece, żółtko jaja, wyciągi z narządów (Manetol i inne), pektyna, czerwień Kongo, środki zwężające naczynia.

2. *Spostrzeżenia kliniczne: Mechaniczne tamowanie krwotoków, zwężenie naczyń.* Chirurgia urazowa odróżnia tamowanie krwi chwilowe i ostateczne. Dla chwilowego zatamowania krwi stosujemy ucisk na ranę, wysokie ułożenie krwawiącej części ciała, ucisk lub podwiązanie krwawiącej kończyny. Dla zatamowania ostatecznego stosujemy tamponadę, opatrunek uciskowy, podwiązanie naczynia, zaszycie naczynia, przypalenie termokauterem i wreszcie środki przeciwkrwotoczne. Niektóre środki tamujące krwawienie działają drogą zwężania naczyń jak np. Suprarenina. Wiele środków tamujących krwawienia maciczne działa nie przez zwężanie naczyń lecz przez skurcz mięśnia macicy, czasami nawet przy jednoczesnym rozszerzeniu naczyń (np. ergotamina).

Przyżeganie. Wiele środków ściągających jak np. chlorek żelazowy, kwas garbnikowy, octan ołowiu i t. p. tamują krwawienia przez przyżeganie powierzchni krwawiącej; dotyczy to zwłaszcza krwawień miąższowych. Przy dużych krwawieniach powierzchownych stosuje się czasami środki, posiadające własność kleju; działaniem takim odznacza się np. paproć azjatycka Diamba.

Żelatyna, wapń, sól kuchenna, sugestia. Żelatyna była dawniej bardzo rozpowszechnionym lekiem przeciwkrwotocznym, na wapń zaś zwracano być może za mało uwagi *(Lenggenhager).* Stary środek ludowy, sól kuchenna (również dożylnie 10 cm^3 10%-owego roztworu), wpływa na zjawiska koloidalne zachodzące przy krzepnięciu. Również i sugestia może tu odgrywać pewną rolę; „zamawianie" krwawień przy prawdziwej wierze pacjenta dawało czasami istot-

nie pomyślne wyniki; nie mamy tu oczywiście do czynienia z żadnym cudem, lecz z wegetatywnie wywołaną zmianą szerokości naczyń krwionośnych.

Barwniki. Czerwień Kongo zawsze przyspiesza ustanie krwawienia nawet przy ciężkich krwotokach *(Behr).*

Wyciągi roślinne. Niektóre wyciągi roślinne tamują krwawienia. Do wyciągów takich należą: balsam, guma, kauczuk, lepkie soki roślinne, a przede wszystkim związki garbnikowe *(Lillig).* Dużą rolę odgrywa przy tym również zawartość pektyny.

Witaminy. Witaminę C i czynnik P uważają niektórzy autorzy wprost za swoiste środki przeciwkrwotoczne, zwłaszcza w krwiopluciu, w krwawieniach macicznych i w skazie krwotocznej. Zatamowanie krwawienia pod wpływem witaminy C nie zależy od zwiększenia się ilości płytek krwi, gdyż krwawienie ustaje zanim jeszcze ilość płytek zdąży się powiększyć; działanie witaminy C polega tu głównie na zagęszczaniu ścian naczyniowych; najlepsze wyniki daje wobec tego witamina C w krwawieniach miąższowych. Być może, że pewną rolę odgrywa tu również kwaśny charakter preparatu *(Kappis* i *Baumann).* W ostatnich czasach przypisuje się działanie przeciwkrwotoczne przy krwawieniach kurcząt czynnikowi K, który znajduje się w pomidorach. Inni autorzy są zdania, że w małopłytkowej skazie krwotocznej follikulina daje lepsze wyniki niż witamina C *(Anstett).* Również pożywienie obfitujące w witaminę C oraz niektóre produkty rozszczepienia białka jak np. histydyna *(Kohl)* skracają czas krzepnięcia o 50%. Podawanie oliwy przyspiesza krzepnięcie przez mobilizację czynników sprzyjających temu zjawisku *(Bürger* i *Schrade).* Połączenie witaminy C + l chlorowodan histydyny + wapń przyspiesza krzepnięcie; działanie to utrzymuje się 26—30 godzin. Mieszanina ta okazała się dotychczas skuteczna w krwawiączce, małopłytkowości i krwawieniach macicznych. Również Vigantol wywiera na krzepnięcie pewien wpływ podobny do działania wapnia, np. przy żółtaczce *(Johnston).*

Preparaty i wyciągi zwierzęce. Liczny szereg związków pochodzenia zwierzęcego, jak żółtko, mleko, jad wężów (według *Gangulyego)* skutecznie tamują krwawienia, prawdopodobnie przez aktywację trombokinazy. Mleko kobiet, jak to zresztą wiedziano w Egipcie już około 1500 r. przed Chr., jest skuteczniejsze niż mleko zwierząt. Mleko stosuje się miejscowo; w przypadkach krwawień po wyrwaniu zęba oraz przy krwawieniach z nosa i spojówek działa ono zwykle bardzo szybko.

Surowice. Surowice ludzi i zwierząt szybko zwykle tamują krwawienia. Można je również stosować miejscowo dla celów tamponady. Jeżeli nie mamy nic innego pod ręką można zastosować również surowice swoiste, jak np. tężcową lub błoniczą. Czasami udaje się zatamować krwawienie również przez okrężne obstrzyknięcie rany surowicą. *Lehndorff* stosuje dla zatamowania krwawień zastrzyki krwi.

Niektórzy autorzy osiągali pomyślne wyniki za pomocą wstrzykiwania wyciągów z płytek krwi. Nawet moczowi przypisuje się pewne działanie przeciw-

krwotoczne; podobno w medycynie ludowej stosuje się jeszcze i dzisiaj mocz dla celów tamowania uporczywych krwawień. Soki wyciśnięte z wszelkich tkanek, jak np. z płuc, mięśni, wątroby, jajników i t. d. oraz szereg hormonów, jak paratyreoidyna, follikulina, przyspieszają krzepnięcie i skracają czas krwawienia. Testikulina natomiast przedłuża czas krwawienia. Wyciąg z rdzenia kręgowego, Manetol, skraca czas krwawienia u zdrowych i chorych o połowę. Zapobiegawcze i lecznicze stosowanie Manetolu w klinice daje znakomite wyniki.

Zagadnienie tamowania krwawień nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte; w ciągu ostatnich lat poczyniono jednak w tej dziedzinie znaczne postępy, do których przyczyniły się przeprowadzone na wielką skalę wszechstronne badania doświadczalne.

Dr J. BÖHM, Klinika Chorób Nerwowych w Halle n. S.

O DZIAŁANIU BETAXINY W SCHORZENIACH NERWOWYCH.

(Referat według Psychiatrisch—Neurologische Wschr. 1936, N. 34).

W powrózkowatym zapaleniu rdzenia na tle złośliwej anemii najbardziej wskazanym lekiem jest witamina B_1. W myśl współczesnych poglądów brak witaminy B_1 w ustroju stanowi istotną przyczynę zwyrodnień powrózkowatych rdzenia. Autor opisuje dwa przypadki tego rodzaju, pomyślnie leczone Betaxiną (witaminą B_1).

1. Ernest P., 60 lat, zanik odruchów, wybitnie zaznaczona ataksja, objaw *Romberga*, zaburzenia czucia, szczególnie czucia ułożenia, zwiększenie ilości białka i elementów komórkowych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Oprócz zmian nerwowych, wskazujących na zajęcie powrózkowate rdzenia, stwierdzono obraz morfologiczny krwi, odpowiadający anemii złośliwej. Początkowo zastosowano Campolon, Acidol-Pepsinę, przetwory żelaza i wątroby, po czym nastąpiła znaczna poprawa w obrazie krwi bez wpływu jednakże na zaburzenia nerwowe. Potem przystąpiono do leczenia Betaxiną, zastrzykując 3 razy tygodniowo po jednej ampułce. Już po 4 tygodniach znaczne polepszenie stanu ogólnego, ustępowanie objawów ataksji i zaburzeń w zakresie czucia. Po 2 miesiącach leczenia Betaxiną chód stał się pewniejszy; pozostały tylko zaniki odruchów.

2. Eliza B., 49 lat, od 1923 roku niedokrwistość złośliwa, od 1930 zaburzenia w czuciu ułożenia nóg, osłabienie czucia skórnego lewego ramienia, obniżenie parcia krwi, zanik odruchów i ataktyczny chód. Długotrwałe leczenie surową wątrobą, Campolonem i innymi przetworami wątrobowymi dało poprawę tylko w zakresie obrazu krwi. Po 8 wstrzyknięciach Betaxiny znaczne polepszenie stanu nerwowego; chód stał się bardziej pewnym, zaburzenia czucia ustąpiły, samopoczucie chorej uległo dużej poprawie.

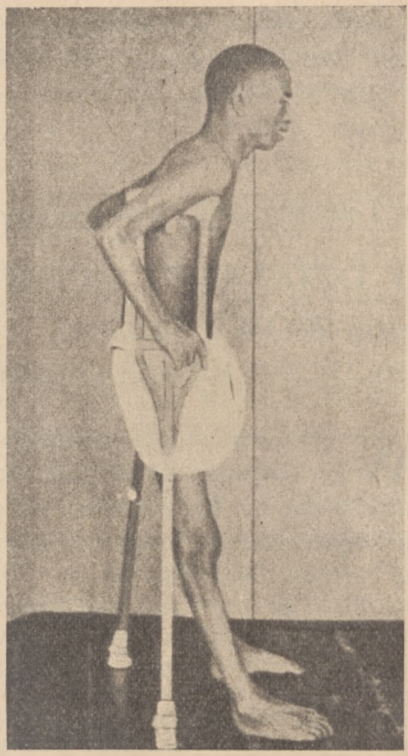
Dobre wyniki lecznicze za pomocą Betaxiny osiągano również w neuralgiach nerwu trójdzielnego.

3. Lina S., 41 lat, od 4 lat napadowe bóle lewej połowy twarzy. Bóle te były czasami tak gwałtowne, że chora pragnęła popełnić samobójstwo. Leczenie zębów nie dało poprawy.

Równie bezskuteczne okazały się wstrzykiwania alkoholu. Jesienią 1935 r. stwierdzono bolesność uciskową w miejscu wyjścia dolnego nerwu oczodołowego, znaczne osłabienie odruchów rogówkowego i spojówkowego oraz osłabienie czucia lewej połowy twarzy. W ciągu pierwszych dni pobytu w klinice bóle były jeszcze bardzo silne. Już po 4 wstrzyknięciach Betaxiny (codziennie 1 ampułka) bóle ustąpiły, po 7 zaś samopoczucie chorej poprawiło się do tego stopnia, że dalszych wstrzykiwań zaniechano. Po tygodniu chorą wypisano z kliniki z przyrzeczeniem zawiadomienia w razie nawrotu bólów. Od chwili tej upłynęło ½ roku bez wiadomości od pacjentki.



Krzak ryżu. Łuski ziarn ryżowych zawierają witaminę B_1, której brak w pożywieniu, zwłaszcza przy wyłącznym odżywianiu łuszczonym ryżem, wywołuje chorobę beri-beri.



Chory z objawami ciężkiej beri-beri.

4. Elli T., 27 lat, obustronne niezmiernie dotkliwe bóle twarzy. Po 14 wstrzyknięciach Betaxiny całkowite ustąpienie bólów.

5. Marta F., 46 lat, zapalenie wielonerwowe, leczone długi czas bez wyniku. Najbardziej dotkliwe bóle były umiejscowione w twarzy. W 1934 r. stwierdzono w klinice osłabienie odruchów oraz bolesność uciskową wszystkich pni nerwowych. Leczenie głębokimi promieniami Rentgena poprawy nie dało. We wrześniu 1935 r. 10 wstrzyknięć witaminy B_1 również bez efektu. W kwietniu 1936 r. nasilenie napadów bólowych. Zastosowano Betaxinę; po 20 wstrzyknięciach znaczna poprawa, po 30 zaś całkowite ustąpienie bólów. Dobry stan utrzymuje się już od 2 tygodni.



Zalety narkozy za pomocą preparatu

Evipan-Natrium

Dla operatora:
Łatwa technika. Szybkie działanie. Brak ruchów obronnych i objawów bólowych. Całkowite zwiotczenie powłok brzusznych. Brak powikłań płucnych lub sercowych.

Dla chorego:
Obudzenie się bez zaburzeń. Amnezja wsteczna. Brak wstrząsu psychicznego.

Evipan-Natrium nadaje się doskonale również do wywoływania stanu odurzenia w położnictwie oraz do stosowania przy bolesnych zmianach opatrunków, przy cewnikowaniu i zakładaniu bougie.

BAYER

Opakowania oryginalne:

	5 ampułek	à 0,5 g	zł. 7.85
opak. klin. 25	„	à 0,5 g	„ 32.—
	1 ampułka	à 1 g	„ 3.15
	5 ampułek	à 1 g	„ 12.90
opak. klin. 25	„	à 1 g	„ 50.40

Przypadek powyższy świadczy dowodnie o celowości stosowania Betaxiny w przewlekłych nerwobólach i neurytach. Niestety, najczęściej pacjenci, zrażeni brakiem natychmiastowej poprawy, przedwcześnie przerywają leczenie Betaxiną, nie osiągając pożądanych wyników.

Betaxinę stosowano również w 6 przypadkach zaniku nerwu wzrokowego (neuritis optica) na tle porażenia postępującego. Obok zasadniczego leczenia zimnicą wstrzykiwano w okresie napadów gorączkowych codziennie ampułkę Betaxiny. W 2 przypadkach osiągnięto znaczne złagodzenie objawów zapalnych (przedmiotowo — zmniejszenie obrzęku tarcz wzrokowych, podmiotowo — poprawa widzenia).

W przypadku rozsianego stwardnienia rdzenia leczenie Betaxiną zawiodło, natomiast w niektórych rzadkich schorzeniach nerwowych osiągano doskonałą poprawę.

Anna W., 15 lat, od 7/4 1936 r. całkowite porażenie ruchowe i czuciowe, zaburzenia w czynnościach pęcherza moczowego i odbytnicy. W płynie mózgowo-rdzeniowym 7/3 elementów komórkowych oraz nieznaczne wzmożenie globuliny. Ciepłota prawidłowa. Obraz kliniczny zbliżał się najbardziej do porażenia typu *Landry*. — Codziennie 2 ampułki Betaxiny, ponadto w pierwszych dniach choroby wstrzykiwania Prontosilu. 18.4. chora po raz pierwszy oddała mocz samodzielnie. W kilka dni później powrót czucia oraz odruchu kolanowego po stronie prawej. W maju dalsza poprawa stanu ogólnego. Czucie powróciło również i po stronie lewej. Od tej chwili zredukowano wstrzykiwania Betaxiny do 3 razy tygodniowo. W początkach czerwca wszystkie odruchy kończyn dolnych występują już wyraźnie. Pacjentka w pozycji leżącej zginała czynnie nogi w stawach kolanowych i biodrowych, w wannie mogła chwilami utrzymać się w pozycji stojącej.

Erna S., lat 35, mnogie neurofibromaty. Wieloletnie operacje. W październiku 1928 r. usunięcie guza umiejscowionego pomiędzy 7. a 8. wyrostkami kolczastymi kręgów szyjowych. Guz ten powodował zanik mięśni rąk, przykurcze palców oraz objawy spastyczne ze strony kończyn dolnych. W końcu 1930 r. operacyjne usunięcie guza wewnątrz-czaszkowego w kącie móżdżkowo-mostowym. Wobec złego stanu pacjentki oraz wielostronności objawów chorobowych zaniechano dalszych interwencyj chirurgicznych. W ciągu następnych 45 dni stosowano masaże rąk i nóg oraz krople arsenowe bez widocznej jednak poprawy. Rozpoczęto wstrzykiwania Betaxiny, codziennie 1 ampułkę: ogółem 26 wstrzykiwań. Poprawa była zdumiewająca. Objawy spastyczne w nogach ustąpiły. Pacjentka zaczęła chodzić, opierając się tylko jedną ręką. Przykurcz palców prawej dłoni, niemal całkowity w momencie przybycia do kliniki, ustąpił. Z wyjątkiem palca wskazującego i środkowego pacjentka samoistnie wyprostowywała pozostałe palce oraz czynnie nimi poruszała; siła dłoni wydatnie się zwiększyła.

Doskonałą poprawę osiągnięto również po 12 wstrzyknięciach Betaxiny w przypadku ciężkiego osłabienia ogólnego po przebytej błonicy u 35-letniej kobiety. Długotrwałe uprzednie leczenie kąpielami borowinowymi i naświetlaniami nie dało wyniku.

Szybkie uśmierzenie neuralgicznych bólów korzonkowych uzyskano również drogą wstrzykiwania Betaxiny u 55-letniej kobiety ze zniekształcającym zapaleniem stawowym kręgów lędźwiowych.

Dr G. GAEHTGENS, Klinika Położnicza Szpitala Miejskiego w Dreznie.

W SPRAWIE URAZOWEGO ZAPALENIA NERWÓW PODCZAS POŁOGU.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1936, Nr. 18).

Pacjentka ma lat 29, przebieg ciąży zupełnie prawidłowy bez jakichkolwiek powikłań. Czynność bólowa rozpoczęła się dopiero w 12 dni po spodziewanym terminie porodu. Pomimo zwężenia miednicy oczekiwano początkowo porodu samoistnego, jednakże po upływie 24 godzin nie stwierdzono żadnego postępowania sprawy porodowej. Grożące pęknięcie macicy oraz nagłe pogorszenie się tonów serca dziecka zmuszały do przyspieszenia zakończenia porodu. Gorączka powyżej 38^0 była przeciwwskazaniem do dokonania cięcia cesarskiego. Założenie wysokich kleszczy nie udało się. Dziecko zmarło, rozwiązanie zakończono wreszcie za pomocą perforacji. Podczas połogu gorączka stopniowo opadła. W 3. dniu po rozwiązaniu chora skarży się na silne bóle w nogach i uczucie znacznego osłabienia w zakresie kończyn dolnych. Po 2 dniach wystąpiło utrudnienie ruchów obu nóg. Obustronne osłabienie odruchów kolanowych, czucie znacznie zmniejszone. Mieliśmy tu do czynienia z obrazem ogólnego porażenia w zakresie gałązek nerwu kulszowego i udowego. Zastosowano leczenie wstrzykiwaniami witaminy B_1 (Betaxiny). Po 8 wstrzyknięciach wyraźna poprawa. Objawy ubytkowe zmniejszyły się znacznie, również bóle i dokuczliwe parestezje ustąpiły prawie zupełnie. Dalsze wstrzykiwania okazały się już nie potrzebne, gdyż chora szybko powróciła do zupełnego zdrowia.

Dr A. N. PERUANSKI, Téhéran.

SPOSTRZEŻENIA O DZIAŁANIU TORANTILU W STANACH CHOROBOWYCH POCHODZENIA ALERGICZNO-TOKSYCZNEGO.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques 1938, Nr. 3).

Autor stosował Torantil wyłącznie w przypadkach przewlekłych schorzeń alergiczno - toksycznych pochodzenia kiszkowego. Torantil podawano tylko doustnie w postaci drażetek. We wszystkich przypadkach (100%) Torantil ujawnił swe pomyślne działanie odtruwające i lecznicze. Jako przykłady doskonałego wpływu Torantilu na przebieg schorzeń alergiczno-toksycznych, ma-

jących swe źródło w przewodzie pokarmowym, autor przytacza w streszczeniu 3 poniższe historie choroby:

1. Pani S., leczy się od 1935 r. Od 9 lat cierpi na okresowe napady biegunek trwające zawsze bardzo długo. Podczas jednego takiego okresu biegunkowego wystąpiła również żółtaczka. W przerwach między napadami biegunek pacjentka cierpi raczej na zaparcie, w związku z czym musi przyjmować stale różne środki czyszczące. Chora bardzo wychudzona i nerwowa. Przy badaniu nie stwierdza się nic szczególnego z wyjątkiem wyraźnej hipotonii tętniczej (95—65 mm Hg) oraz rozlanej wrażliwości uciskowej jamy brzusznej. Badanie krwi: krwinki czerwone — 4.980.000 (należy tu uwzględnić bardzo wysokie położenie Teheranu nad poziomem morza); ciałka białe — 4.400; hemoglobina — 95; wskaźnik barwny — 0,9; wzór ciałek białych: bazofile — 0; eozynofile — 1; pałeczkowate — 2,5; segmentowane — 36; limfocyty — 58. Mocz żadnych składników chorobowych nie zawiera. Stolce są płynne, zawierają włókna mięśniowe i dużo tłuszczów obojętnych; obecności krwi ani pasożytów nie stwierdza się.

Stosowanie małych dawek Rivanolu, a następnie kwasu solnego z pepsyną wpłynęło pomyślnie na stan chorej. Pomimo to od czasu do czasu chora skarży się na nawroty biegunek, przerywane dłuższymi okresami uporczywego zaparcia. Ogólny stan pacjentki był stosunkowo znośny, tak że przez cały rok nie zgłaszała się ona po poradę lekarską. Dopiero 5. czerwca 1937 chora ponownie była zmuszona wezwać lekarza. Chora skarży się, że od 3 tygodni cierpi na biegunki, zupełny brak apetytu i silne bóle brzucha o cechach kolki kiszkowej. Wypróżnienia zawierają domieszkę krwi. Autor zalecił chorej przyjmowanie w ciągu 5 dni Torantilu. Po upływie tych 5 dni zaburzenia kiszkowe ustąpiły bez śladu: wypróżnienie raz na dobę, kał o normalnej konsystencji. W dalszym biegu leczenia chora przyjmowała 3 razy dziennie po 1 tabletce Allii sativi. Od tego czasu pacjentka czuje się doskonale i na żadne dolegliwości się nie skarży.

Na szczególną uwagę zasługuje w tym przypadku fakt, że znaczna astenia, na którą cierpiała pacjentka przed leczeniem, ustąpiła zupełnie, bezpośrednio po zastosowaniu Torantilu.

2. Pani M., lat 39, od 10 lat cierpi na bardzo bolesny nieżyt kiszek grubych (Colitis), na migrenę i astenię ogólną. U chorej stwierdza się bezkwaśny nieżyt żołądka, powikłany przewlekłym zapaleniem kiszek (Enterocolitis). Podczas jednego z licznych napadów gwałtownych bólów brzusznych wykryto w kale obecność pasożytów (Strongyloides stercoralis). W związku z tym autor zalecił przeprowadzenie odpowiedniej kuracji przeciwpasożytowej. Po upływie pewnego czasu gwałtowne pogorszenie się zaburzeń kiszkowych; stolce śluzowo-ropne; w kale znaleziono człony tasiemca. Zastosowanie Torantilu uspokoiło burzliwe objawy w ciągu 2—3 dni. Następnie chora przyjmowała pepsynę z kwasem solnym. Nawrotów więcej nie było. Po kilku miesiącach powtórzyły się jedynie

nieznaczne bóle, jednakże wypróżnienia pozostały prawidłowe. Ponowne zastosowanie Torantilu doprowadziło do ostatecznego ustąpienia wszystkich zaburzeń chorobowych. Pacjentka już od dłuższego czasu czuje się doskonale.

3. M. S. Pacjent jest z zawodu chemikiem. Przed kilku laty z powodu nieszczęśliwego wypadku podczas pracy stracił jedno oko. Od tego czasu cierpi na napady mdłości, które, stale się wzmagając, doprowadzają wreszcie do wymiotów. Jedynym środkiem, który sprawiał choremu pewną ulgę, był alkohol w dość stężonej postaci. Badanie przedmiotowe wykazało powiększenie kwasoty soku żołądkowego (kwasota ogólna : 76; wolny kwas solny 30) i znaczną bolesność w okolicy kątnicy. Poza tym żadnych szczególnych zmian chorobowych nie stwierdza się. Stolce nie zawierają krwi utajonej. Autor rozpoznał początkowo skurcz odźwiernika z odruchem kątniczym (badanie rentgenologiczne nie wykazało żadnych objawów owrzodzenia) i zalecił wobec tego azotan sodu. Leczenie to pozostało jednak bez wpływu na stan chorego i kwasota żołądkowa nawet się zwiększyła. Zastosowano wówczas Torantil w dawce 3 razy dziennie po 2 drażetki. Leczenie Torantilem w krótkim czasie doprowadziło do ustąpienia wymiotów. Niestety, z powodu braku dostatecznej ilości Torantilu w aptece chory musiał przedwcześnie przerwać leczenie (już po 3 dniach). Po 10 dniach nowe pogorszenie. Na szczęście Torantil można już było znów otrzymać w większych dawkach. Po 4—5 dniach leczenia Torantilem stan chorego poprawił się wyraźnie. Od tego czasu mdłości powtarzały się już bardzo rzadko. Dalsze leczenie polegało na przyjmowaniu soli karlsbadzkiej i belladonny.

Na podstawie swoich spostrzeżeń autor wyraża przekonanie, że w przypadkach alergiczno - toksycznych przewlekłych nieżytów żołądkowo - kiszkowych Torantil jest wysokowartościowym i skutecznym środkiem leczniczym. Znaczenie praktyczne Torantilu w tego rodzaju stanach chorobowych jest tym większe, że prawie wszystkie dotychczasowe próby przeprowadzania odkażania kiszek zwykle zawodziły i pozostawały bez wpływu na przebieg choroby.

Dr Karol FUNK. Z Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu w Berlinie (dyrektor: prof. Walter Friboes) i ze Szpitala dla leczenia gruźlicy skóry w Monachium (kierownik dr K. F. FUNK.

DZIAŁANIE ŚWIATŁA NA SKÓRĘ I WYKORZYSTANIE TEGO DZIAŁANIA DLA CELÓW LECZNICZYCH

(Referat według „Die Medizinische Welt" Nr. 26, 1936).

Autor omawia biologię światła, a zwłaszcza jego wpływ na skórę. Dobroczynny i pobudzający wpływ światła słonecznego jest znany już od czasów starożytnych; wpływ ten starano się też wykorzystać również dla celów leczniczych. Powszechnie znane zmiany skórne, występujące w postaci oparzenia pod wpływem nadmiernie długiego działania promieni słonecznych na skórę,

sprawiły, że wpływ światła uzależniono przede wszystkim od jego działania termicznego. To działanie termiczne światła i jego wartość leczniczą poznano już stosunkowo dawno.

W roku 1899 *Widmark* wykrył drugą własność światła, polegającą na jego działaniu foto-chemo-dynamicznym, zależnym od chemicznie czynnych promieni widma. *Finsen* zbadał następnie bardzo dokładnie te własności światła i wykorzystał je z powodzeniem dla celów leczniczych. W ten sposób położono pierwsze naukowe podwaliny pod wielki gmach wiedzy, który umożliwił następnie szczegółowe poznanie wpływu światła na wszelkie zjawiska biologiczne.

Dwa główne rodzaje działania światła, działanie fizykotermiczne i działanie foto-chemo-dynamiczne zależą (w jednakowych warunkach) od dwóch czynników: rodzaju i natężenia światła. Rodzaj światła mierzymy widmem wysyłanym przez źródło światła. Ilość jest zagadnieniem dawkowania. Odpowiednio do wybranego czynnika aktywnego możemy podzielić metody pomiarów na 2 grupy: pomiary źródeł światła termicznego i pomiary źródeł światła pozafioletowego.

Pierwszymi promieniami widma, obdarzonymi własnościami biologicznymi, są promienie pozafioletowe odpowiadające pasmu widma od 280—320 μμ. Promienie te nazwano promieniami *Dorno* dla uczczenia pamięci znakomitego badacza z Davos. Te fototechniczne promienie o krótkiej fali są niewidzialne i zachowują się antagonistycznie zarówno w stosunku do widzialnej części widma, jak i do długich fal pozaczerwonych, czyli do promieniowania termicznego. To pasmo widma nie było dotychczas dostatecznie badane z naukowego punktu widzenia. Wobec tych zawiłych zjawisk nie wolno zapominać, że inteferencja różnych pasm działania nie pozwala tu na przeprowadzanie zbyt ścisłego różniczkowania. Tak np. *Vahle* wykazał, że promienie pozafioletowe są właściwie w ścisłym tego słowa znaczeniu promieniami termicznymi, gdyż absorbcja przetwarza je w znacznej części w ciepło. Dochodzimy w ten sposób do krytycznego punktu wiedzy: nie wiemy z pewnością, co się dzieje między momentem absorcji i promieniowania biologicznego. Wiadomo zresztą, że działanie biologiczne promieni tłumaczy się wytwarzeniem rumienia i pigmentacji, albo ujawnia się również doświadczalnie strącaniem białka, zwiększeniem ilości hemolizy i wzmożenia własności bakteriobójczych (paramecium). Poza tym pasma pochłaniania promieni pozafioletowych przez lipoidy odgrywają bardzo ważną rolę w wytwarzaniu witamin.

Bezpośrednie działanie światła na skórę wywołuje przede wszystkim zmiany zabarwienia, które mają na celu albo wykorzystanie światła albo wprost przeciwnie, obronę przed światłem. Według *Finsena* najcenniejsze w lecznictwie są promienie chemiczne (promienie *Dorno)*, które posiadają podwójne działanie: dawki małe działają pobudzająco, dawki zaś duże — niszcząco. Ta ostatnia własność doprowadziła *Finsena* do fałszywego wniosku, według którego pomyślne wyniki lecznicze osiągnięte przez niego w leczeniu wilka, zależały jakoby od niszczącego działania promieni chemicznych na laseczniki gruźlicy. Jednak-

że *Janson*, współpracownik *Finsena* wykazał wkrótce, że *Finsen* nie uwzględnił w swych rozważaniach faktu, iż promienie pozafioletowe przenikają w głąb skóry najwyżej na 0,20 mm i nie mogą w warstwach głębszych wywrzeć już żadnego działania niszczącego na laseczniki.

Blumenthal i *Böhmer* uważają, że działanie światła zależy głównie od jego własności pobudzających.

Według prawa *Krausego* komórki reagują na wszelkie działające na nie bodźce tym silniej, im są młodsze i im więcej się rozmnażają. Wyleczenie wilka metodą *Finsena* zależy od głębokiego przekrwienia z rozległą martwicą komórek zwłaszcza patologicznych, których wrażliwość jest szczególnie duża. Ziarninowa tkanka gruźlicza, bardzo czuła na działanie promieni chemicznych, zostaje zniszczona, a następnie — po ustąpieniu odczynu zapalnego wywołanego pod wpływem światła — powstaje na jej miejscu tkanka bliznowata. Kąpiel słoneczna o działaniu wywołującym słaby odczyn rumieniowy może natomiast działać pobudzająco i uruchomić obronne związki ustrojowe, które zwiększają odporność i sprzyjają szybszemu wyleczeniu. Dokładne dawkowanie umożliwia osiągnięcie optimum pobudzającego działania leczniczego, pozbawionego jakiegokolwiek niebezpieczeństwa dla żywotności i prawidłowej czynności komórek.

Wpływ światła na przemianę materii został obecnie już dokładnie zbadany. Liczne doświadczenia ostatnich lat potwierdziły słuszność hipotezy, według której promieniowanie skóry prowadzi do ukazania się w krwi związków obdarzonych czynnymi własnościami farmakologicznymi, umożliwiającymi powstawanie witamin. Wykazano doświadczalnie, że histydyna, będąca jednym ze składników związków białkowych i znajdująca się we wszystkich tkankach ustroju, przetwarza się pod wpływem promieni pozafioletowych w nadzwyczaj czynną histaminę. Związki histaminowe mogą wywołać doświadczalnie rumień świetlny i właśnie zjawiskami tego rodzaju tłumaczą się liczne szczegóły odczynów świetlnych a między innymi również i okres utajenia.

Aktywizacja histydyny pod wpływem promieni pozafioletowych, polegająca na przemianie tego związku w histaminę, ma kolosalne znaczenie dla organizmu. Wytwarzanie się pokrzywki pospolitej, rozszerzanie się naczyń, spadek ciśnienia, własność pobudzania kiszek i uczynniania sekretyny — oto szereg zjawisk zależnych od histaminowej przemiany materii i jednocześnie szereg dowodów mechanizmu działania związków powstawających w skórze pod wpływem czynników foto-chemicznych.

Promienie pozafioletowe warunkują wytwarzanie się kwasu szczawiowego przez utlenianie alantoiny i przyczyniają się w ten sposób do powstawania kwasu moczowego. Natomiast widzialna część widma a także promienie pozaczerwone odgrywają wielką rolę w przemianach chemicznych metabolizmu węglowodanowego i pobudzają zwłaszcza eliminację pośrednich produktów przemiany materii. Ta eliminacja ma szczególnie duże znaczenie, nie tylko dla ogólnej regulacji czynności życiowych, lecz również w stanach chorobowych, jak np. w dnie, przy której wydalanie związków metabolicznych nadzwyczajnie się

zwalnia. Światło widzialne poprawia tę eliminację, promienie pozafioletowe natomiast w przypadkach skazy szczawianowej kryją w sobie nawet niebezpieczeństwo wytworzenia przez utlenienie kwasu moczowego kamienia nerkowego. Wpływ długofalowych promieni cieplnych polega na ułatwieniu wydalania z ustroju związków obcych lub na ich zupełnym unieszkodliwieniu.

Następnie autor omawia przemianę na drodze fotochemicznej ergosteryny w witaminę D, przedstawiającą powszechnie znany czynny związek przeciwkrzywicowy. Dokładne zbadanie tych zawiłych zjawisk stanowi wielką zasługę *Windausa*, który umożliwił również wykorzystanie witaminy D dla celów leczniczych. W praktyce stosuje się swoistą witaminę przeciwkrzywicową w postaci dokładnie dawkowanego Vigantolu.

Nie posiadamy przekonywujących dowodów, aby skóra była narządem obdarzonym w ścisłym tego słowa znaczeniu własnościami wydzielania dokrewnego. Wiadomo natomiast, że skóra działa energicznie na drodze humoralnej na inne narządy i wytwarza ważne dla ustroju związki ochronne; naświetlania promieniami pozafioletowymi zwiększają np. poziom kwasów aminowych i zmniejszają zawartość związków fenolowych we krwi. *Jena* wykazał, że tyrozyna wywołuje zjawiska redukcyjne i przedstawia jeden z najważniejszych składników detoksyny, będącej głównym odtruwającym związkiem ustrojowym. Stosunek tyrozyny do melaniny jest obecnie przedmiotem badań wielu dermatologów.

Skóra jest głównym ośrodkiem wytwarzania przeciwciał. *Worringer* wykazał, że wysypka różyczki i ospy oraz wysypka po szczepieniu przeciwospowym powstaje na naświetlanej skórze wcześniej i silniej i ustępuje następnie prędzej niż na skórze nienaświetlanej. Dowodzi to, że światło przyspiesza i wzmacnia swoiste odczyny obronne. *Worringer* i jego współpracownicy w ten właśnie sposób tłumaczą większą złośliwość zakażeń (pneumokokowych, meningokokowych i paciorkowcowych oraz gruźlicy, ospy i dżumy) w porze jesiennej i zimowej; śmiertelność z powodu tych chorób ma być w okresach małosłonecznych znacznie większa niż w miesiącach letnich.

W praktyce najważniejszym wskazaniem do światłolecznictwa jest gruźlica skóry. W gruźlicy narządów wewnętrznych uważa się na ogół światłolecznictwo za niebezpieczne. Natomiast metodyczne i racjonalne stosowanie promieni pozafioletowych może tu dawać dobre wyniki.

Szkoła szwajcarska (*Bernhard*, *Rollier* i inni) uczyniła z helioterapii główną metodę leczenia gruźlicy chirurgicznej. Jednakże wskazaniem głównym i najbardziej uzasadnionym jest i pozostaje nadal gruźlica skóry. Przy leczeniu gruźlicy skóry unika się obecnie energicznych odczynów rumieniowych i dąży do dawkowania indywidualnego wywołującego rumień słaby i zaledwie widoczny. Przerywane naświetlania mają na celu osiągnięcie zabarwienia lekko brunatnego, o cechach naturalnych, obdarzonego największymi własnościami obronnymi. Jako źródło światła stosuje się przy braku słońca lampy świecące parą rtęciową lub łuk *Volty*.

Autor ostrzega przed niewłaściwym stosowaniem światła ze względu na znaczne niebezpieczeństwo związane z tą metodą zwłaszcza w dziedzinie gruźlicy, przy której nieodpowiednie postępowanie może pogorszyć stan pacjenta i doprowadzić nawet do uogólnienia się sprawy chorobowej.

Prof. dr TONNDORF, Klinika oto-laryngologiczna Szpitala Miejskiego, Drezno-Friedrichstadt.

NIEZAWODNA SKUTECZNOŚĆ LECZENIA RÓŻY PRONTOSILEM.

(Referat według Med. Klin. 1936, Nr. 38).

Materiał kliniczny autora, dotyczący leczenia róży Prontosilem, składa się z 22 chorych. W 13 przypadkach punktem wyjścia róży było cierpienie ucha, w 6 przypadkach — rana w obrębie nosa i w 3 przypadkach — nacięcie gruczołu szyjowego. 3 chorych było w wieku poniżej 10 lat, 10 powyżej 40 lat, najstarszy pacjent miał lat 58. Działanie lecznicze Prontosilu ujawniało się najprędzej i najwyraźniej w spadku gorączki. Obniżenie ciepłoty następuje z reguły w ciągu 2 dni, bardzo często jednak gorączka opadała doraźnie już w pierwszym dniu zastosowania Prontosilu. Drugą oznaką przedmiotową działania preparatu jest zatrzymanie się dalszego rozwoju wysypki. Jednocześnie poprawia się również stan ogólny, czasami w sposób tak nadzwyczajny, że narzuca się poprostu myśl o działaniu odtruwającym. Natomiast już istniejące zaczerwienienia, obrzmienia i pęcherze cofają się stosunkowo powoli. Oto kilka przykładów leczniczego działania Prontosilu:

9-letnia dziewczynka. W związku z dłutowaniem ucha środkowego wystąpiła róża na głowie. Pod wpływem Prontosilu natychmiastowy spadek gorączki. Po 11 dniach wytworzył się ropień ślinianki przyusznej, który trzeba było otworzyć; w związku z tym zabiegiem nastąpił nawrót róży. Ponowne zastosowanie Prontosilu znowu doprowadziło do szybkiego ustąpienia gorączki. Po 18 dniach jeszcze jeden nawrót, również doraźnie przezwyciężony za pomocą Prontosilu.

Chory, lat 52, zapalenie wyrostka sutkowego; operowany już dwukrotnie (antrotomia, otwarcie ropnia w częściach miękkich). W związku z 3. zabiegiem — róża. W przypadku tym trudno było rozstrzygnąć, czy gorączka pooperacyjna zależała od róży, czy też może od ew. niedostatecznie opróżnionego ropnia, albo nawet od zapalenia szpiku kostnego. Autor wyraził wówczas następujący pogląd: jeżeli pod wpływem Prontosilu gorączka opadnie i zaczerwienienie przestanie postępować, to będzie można uznać, że zaburzenia chorobowe powstały na podłożu róży, natomiast przypuszczenie o niedostatecznym sączkowaniu ropnia stanie się mało prawdopodobne. Dalszy przebieg uzasadnił w zupełności słuszność poglądów związanych z podawaniem Prontosilu: chory natychmiast przestał gorączkować, zaczerwienienie nie posunęło się dalej, czyli przyczyną cierpienia była róża.

Jeszcze w 2 przypadkach udało się dzięki zastosowaniu Prontosilu rozstrzygnąć trudne rozpoznanie różnicowe: róża czy zakrzep żyły szyjnej (po anginie) oraz róża czy zakrzep zatoki esowatej (po chorobie ucha). Wynik działania Prontosilu szybko wyjaśnia rozpoznanie. Pomimo doskonałego działania leczniczego preparatu, nie wolno zaniedbywać stosowania wypróbowanych zabiegów

chirurgicznych. Dalsze spostrzeżenia wykażą, czy działanie Prontosilu można wykorzystać dla celów rozpoznawczych.

Pomyślny wpływ Prontosilu na przebieg róży ujawniał się zarówno u dorosłych jak i u dzieci bardzo szybko. Dawka dla dorosłych wynosiła 3 razy dziennie po 2 tabletki, a dla dzieci 3 razy dziennie po 1 tabletce. Tolerancja tabletek była we wszystkich przypadkach dobra. Jedynie małym dzieciom należy jednocześnie podawać kwas solny *).

Rozumie się samo przez się, że autor stosował Prontosil również w innych schorzeniach paciorkowcowych i gronkowcowych, przy leczeniu następczym po operacjach z utrzymującą się zbyt długo gorączką, przy flegmonach, czyrakach i t. d. Również i w tych przypadkach autor odnosił wrażenie pomyślnego działania Prontosilu, chociaż tu, oczywiście, nie mógłby stwierdzić z całą pewnością, że poprawę należało zawdzięczać właśnie Prontosilowi, gdyż nie wiadomo jakby schorzenie przebiegało bez tego środka pomocniczego. Przy róży, której typowy przebieg bez leczenia znamy bardzo dokładnie i w której działanie Prontosilu na skórze możemy odczytać bezpośrednio i ściśle przedmiotowo, interpretacja jest znacznie łatwiejsza.

Maurycy LANDESMAN, z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szp. Dz. Jezus (Ord. dr JAN BEŁKOWSKI).

LECZENIE STANÓW ZAPALNYCH DRÓG MOCZOWYCH.

(Referat według „Medycyny" 1938, Nr. 11).

Zachęcony znakomitymi wynikami w leczeniu chorób zakaźnych środkami z grupy sulfanilamidowej, przystąpił autor do opracowania wpływu leczniczego Prontosilu na stany zapalne dróg moczowych.

Stwierdzono, że po podaniu Prontosilu doustnie lub pozajelitowo wydala się on nadzwyczaj szybko (w kilka minut po podaniu) przez drogi moczowe.

*) *G. Meyer zu Hörste* (Klinika Pediatryczna Szpitali Miejskich w Dortmundzie; Klin. Wschr. 1936, Nr. 44) leczył z powodzeniem Prontosilem liczny szereg niemowląt i starszych dzieci; od pewnego czasu zaczął jednak natrafiać również i na przypadki odporne na działanie preparatu. Dokładna obserwacja wyjaśniła przyczynę tej pozornej odporności. 14-miesięczne dziecko, chore na różę, nie reagowało początkowo na działanie lecznicze preparatu, następnie, gdy zastąpiono zasadowy Prontosil odpowiednią solą kwasu solnego, nastąpiło nieoczekiwanie szybkie wyleczenie. Dziecko to nie posiadało prawdopodobnie w żołądku niezbędnej ilości kwasu solnego potrzebnego do szybkiego rozpuszczania zasadowego Prontosilu. Podobne stosunki stwierdzono również u drugiego 7½-miesięcznego dziecka, chorego na różę, u którego Prontosil początkowo zupełnie zawiódł. Dla upewnienia się czy działanie Prontosilu jest istotnie związane z obecnością kwasu solnego, *Meyer zu Hörste* wykonał następującą próbę: rozpuścił 1 tabletkę Prontosilu w 25 cm^3 wody, dodał 6 kropel rozcieńczonego kwasu solnego (12,5%) i podał to lekarstwo dziecku po upływie 15 minut. Po kilku dniach stosowania Prontosilu w ten sposób nastąpiło wyleczenie. Badanie czynności wydzielniczej żołądka, dokonane później u tego dziecka, wykazało zupełny brak kwasu solnego. We wszystkich przeto przypadkach, w których Prontosil początkowo zawodzi, wskazanem jest dodawanie do każdej tabletki preparatu 6 kropel Ac. hydrochl. dil. w wodzie.

Z punktu więc widzenia teoretycznego powinien Prontosil dawać o wiele silniejszy efekt leczniczy w schorzeniach dróg moczowych, oprócz bowiem działania ogólnego na organizm w sensie zwiększenia odporności, wywiera on, przepływając przez drogi moczowe, bezpośrednie działanie bakteriobójcze na znajdujące się tam drobnoustroje.

W niniejszej pracy obserwacje obejmują górne i dolne drogi moczowe. Poczynając od przypadku ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek, poprzez zapalenia miedniczek (ze szczególnym uwzględnieniem przypadków w ciąży) i zapalenie pęcherza, autor przechodzi w końcowym opisie do 2-ch przypadków zapalenia nieswoistego przedniej cewki moczowej.

Wszelkie interesujące wyniki obserwacyjne zostały krótko umieszczone tuż przy poszczególnych opisach przypadków. Przy końcu zostały zestawione wnioski ostateczne, wynikające z całokształtu pracy. Z 15 przypadków większość stanowiły stany zapalne miedniczek. W niektórych przypadkach schorzenia te dołączały się do spraw pierwotnych (cukrzyca, haemiplegia, kamica, gruźlica). W innych przypadkach chore zgłaszały się z tym cierpieniem w postaci pierwotnej. Dużą grupę obejmują stany zapalne miedniczek, powstałe w związku z ciążą.

Chcąc oddać możliwie dokładny obraz przebiegu leczenia, autor załącza jako przykłady opis szczegółowy czterech przypadków.

P r z y p a d e k I. *Glomerulonephritis acuta.*

Chora przybyła do szpitala 27.XII. z powodu obrzęku kończyn i twarzy, duszności i osłabienia. Choruje od 2-ch tygodni. Stan obecny: Obrzęki na twarzy, migdałki powiększone i zaczerwienione.

Badanie moczu wziętego cewnikiem: mętny, kwaśny, c. g. 1020, białko 4,5‰. Odczyn na krew + +. Osad: 3 — 5 wałeczków szklisto ziarnistych w p. w., 30 — 40 leukocytów w p. w. i grupy po 50 — 100. Posiew jałowy.

Zastosowano właściwą dietę i Prontosil 3×2 pastylki dziennie.

30.XII. Badanie moczu: c. g. 1015, białko 0,9‰, osad obfity: 1 — 2 wałeczki szkliste, ziarniste, leukocytarne w p. w., 5 — 10 krwinek w p. w., 10 — 20 leukocytów w p. w. i grupy po 40 — 50.

6.I. Badanie moczu. Mętny, kwaśny c. g. 1012. Białko nieobecne. Osad skąpy; pojedyńcze wałeczki szklisto-ziarniste co kilka p. w., 1—10 krwinek w p. w. 5—10 leukocytów w p. w. Stan lepszy. Obrzęki znikły, duszność ustąpiła.

9.I. Badanie moczu: białko nieobecne. Osad: pojedyńcze wałeczki co kilka p. w., pojedyńcze krwinki co kilka p. w., pojedyńcze leukocyty w preparacie.

Odstawiono Prontosil.

26.I. Wypisano z dużą poprawą.

W przypadku tym godne podkreślenia są dwa momenty:

1) tolerancja Prontosilu w stanach zapalnych miąższu połączonych z niewydolnością nerek i 2) bardzo szybkie zniknięcie białka w moczu.

P r z y p a d e k II-gi. *Pyelitis gravidarum.*

Zgłosiła się 20.XI. do szpitala z powodu bólów głowy, wymiotów i silnego kłucia w lewym boku.

Choroba zaczęła się bólami głowy i wymiotami, półtora miesiąca od chwili zajścia w ciążę. Dwa miesiące temu dostała silnych bólów w okolicy lędźwiowej lewej i podwyższenia temperatury. Leczyła się w domu przez 3 tygodnie. 12.XI. przeziębiła się, dostała gorączki i nawrotu bólów w lewym boku.

Stan obecny: poza silną bladością powłok, głuchawymi tonami serca i silnie dodatnim objawem Goldflama obustronnym, odchyleń od normy nie stwierdza się. Temperatura 38,2 C.

Badanie moczu wziętego cewnikiem: mętny, kwaśny, c. g. 1016, białko 0,2‰. Odczyn na krew silnie dodatni. Osad: całe pole zasiane leukocytami i krwinkami wyługowanymi. Pojedyńcze wałeczki ziarniste co kilkanaście p. w. Posiew — pałeczka okrężnicy. Badanie krwi: Hb. 47%. Ciałek czerwonych półtora miliona.

20.XI. Zastosowano Prontosil 3 razy po 2 pastylki dziennie.

22.XI. Badanie moczu. c. g. 1010. Białko: wyraźny ślad. Osad: leukocyty w skupieniach po 30 — 50, liczne nabłonki płaskie, 5 — 10 krwinek w p. w., 1 — 2 wałeczki ziarniste co kilkanaście p. w.

Bóle zmniejszyły się. Objaw Goldflama tylko lewostronny. Temperatura w normie.

26.XI. Badanie moczu. Białko nieobecne. Osad: liczne nabłonki płaskie, 5 — 10 leukocytów w p. w. Odstawiono Prontosil.

1.XII. Stan wybitnie pogorszył się. Bóle zwiększyły się, temperatura dochodzi do 39,6 C., bardzo silne wymioty. Badnie moczu: mętny; białko: wyraxny ślad, osad: całe pole zasiane leukocytami, duże masy bakterii, liczne nabłonki płaskie i pęcherzowe.

5.XII. Zastosowano Prontosil.

7.XII. Stan polepszył się. Temperatura 37,8. Bóle zmniejszyły się, wymioty ustąpiły. Badanie moczu: białko: ślad. Osad: całe pole zasiane leukocytami.

23.XII. Temperatura w normie. Badanie moczu: słabo mętny. Białko nieobecne. Osad 5 — 8 leukocytów w p. w. Stan polepszył się. Chora spaceruje.

26.XII. Odstawiono Prontosil. Stan pogorszył się. Bóle zwiększyły się w okolicy lędźwiowej prawej. Temperatura 37,6 C. Mocz mętny, białko: ślad. Osad bardzo obfity: całe pole zasiane leukocytami. Masy pałeczek gr. — Mocz silnie cuchnący.

29.XII. Zastosowano z powrotem Prontosil.

10.I. Temperatura w normie. Badanie moczu: białko nieobecne. Osad: 10 — 20 leukocytów, i grupy 30 — 50.

11.I. Badanie moczu: osad: 5 — 10 — 15 leukocytów w p. w. Samopoczucie dobre. Bóle ustąpiły.

Należy podkreślić w tym przypadku wpływ dodatni Prontosilu na przebieg schorzenia. Jasne, że ze względu na stale postępującą ciążę, zwiększający się ucisk macicy na drogi moczowe i zwiększanie się produkcji toksyn, nie można było drogą farmakologiczną zupełnie usunąć schorzenia. W ciągu jednak regularnego podawania Prontosilu stan subiektywny i obiektywny chorej był na ogół zadawalający. Ściśle zaś w czasie dwukrotnego przerwania podawania Prontosilu nastąpiło wybitne pogorszenie w postaci podwyższenia temperatury, zwiększenia się ropy w moczu, nasilenia bólów i pogorszenia ogólnego samopoczucia. Stan ten polepszał się powoli z chwilą, gdy powrócono do Prontosilu.

Ze względu na to, że byłoby rzeczą niemożliwą podawanie chorej Prontosilu bez przerwy aż do czasu rozwiązania (około 4 miesięcy), jak również ze względu na silną niedokrwistość, słabo poprawiającą się, mimo energicznego leczenia preparatami wątroby, chora została przepisana na oddział ginekologiczny, celem dokonania przerwania ciąży.

P r z y p a d e k III. *Diabetes mellitus, colitis, cystitis.*

W trakcie leczenia chora zaczęła się skarżyć na silne wzdęcia brzucha i parcie na mocz. Mocz oddawała z trudnością. Musiano zastosować neopankarpinę, a później cewnik.

25.X. Badanie moczu. Mętny, białko ślad wyraźny, cukier nieobecny. Osad: pojedyńcze leukocyty w p. w., bardzo liczne bakterie (pałeczki). Chora skarży się na silne parcie. Z trudnością oddaje mocz. Kilkakrotnie cewnikowana.

9.XI. Badanie moczu: białko 1‰. Osad: całe pole zasiane leukocytami, pojedyńcze nabłonki płaskie. Posiew: pałeczka okrężnicy w czystej hodowli.

Zastosowano Prontosil 3×2 pastylki dziennie.

11.XI. Badanie moczu: białko ślad. Osad: 30 — 40 leukocytów w p. w. Masa bakterii.

13.XI. Badanie moczu. Białko ślad. Osad: 1 — 2 leukocyty w p. w.

15.XI. Badanie moczu: klarowny, białko nieobecne. Osad bardzo nikły, pojedyńcze szczawiany, pojedyńcze nabłonki. Ciałek białych nie stwierdza się.

17.XI. Posiew moczu ujemny. Stan chorej dobry. Mocz oddany swobodnie.

Po odstawieniu Prontosilu nastąpiło pogorszenie subiektywne i obiektywne.

21.XI. Badanie moczu: mętny, białko: ślad wyraźny. Osad: 5 — 10 —15 leukocytów w p. w. Masa bakterii. Zastosowano z powrotem Prontosil.

22.XI. Badanie moczu. Białko: ślad. Osad: 5 — 8 leukocytów w p. w.

30.XI. Badanie moczu. Białko nieobecne. Osad: pojedyńcze leukocyty w preparacie. Chorą przepisano na inny oddział wewnętrzny.

W tym przypadku, jak również w piątym nastąpiło wyjałowienie moczu przy zakażeniu pałeczką okrężnicy. I tu także widoczny jest bezpośredni wpływ leczniczy Prontosilu. Po odstawieniu nastąpiło natychmiast pogorszenie, które po powtórnym podaniu zostało usunięte.

Przypadek IV. *Urethritis non specifica.*

Chory zgłasza się z powodu obfitego wycieku z cewki, zwiększającego się rano z nocy i po zażyciu alkoholu. Nigdy nie chorował na choroby weneryczne, 2 tygodnie temu miał stosunek. W tydzień potem pojawił się wyciek szklisty, który po paru dniach zamienił się w ropny.

Stan obecny: miejscowo po naciśnięciu wydobywa się kropla płynu śluzowo-ropnego. Lewe najądrze obrzmiałe, bolesne przy ucisku. Pierwsza porcja moczu mętna, druga klarowna.

Badanie rozmazu: całe pole zasiane leukocytami. Gonokoków nie stwierdza się. Gdzieniegdzie rozrzucone dwoinki gr. + Posiew: czysta hodowla enterokoków. Chory miał stosowane płukanie preparatami srebra, rtęci i nadmanganianu potasu, brał preparaty urotropiny, salolu, błękitu metylenowego, wstrzykiwania autoszczepionki. Poza przejściową poprawą żadnych rezultatów nie osiągnięto. Zastosowano Prontosil 3×2 tabletki dziennie. W tydzień po rozpoczęciu leczenia wyciek znikł zupełnie. Mocz wyjaśnił się. W osadzie: duże ilości śluzu, 30 — 40 leukocytów w p. w. Po 14 dniach badanie moczu. Osad: nieliczne pasma śluzu, 5 — 10 leukocytów w p. w. Posiew: czysta hodowla enterokoków. Zmniejszono podawanie Prontosilu do 3-ch, a później do 2-ch pastylek dziennie. Badanie moczu: klarowny. Osad bardzo nikły: 1 — 2 leukocytów co kilka p. w. Śluzu nie stwierdza się. Po prowokacji (alkohol i stosunek) badnie moczu wykazało: minimalną ilość śluzu w osadzie i 2 — 3 leukocyty co kilka p. w. Posiew: czysta hodowla enterokoków. Chory przerwał kurację wyleczony.

Reasumując dotychczasowe wyniki, na 15 przypadków schorzeń układu moczowego nastąpiło w 8 przypadkach zupełne wyleczenie, w 7 przypadkach wybitna poprawa. Z tych ostatnich w 3 przypadkach osiągnięcie poprawy było jedynym osiągalnym sukcesem. Były to bowiem stany zapalne miedniczek wtórne, których radykalne wyleczenie było rzeczą niemożliwą bez usunięcia przyczyny pierwotnej (fatalnie znoszona ciąża, gruźlica nerek, kamica nerkowa). W jednym przypadku leczenie zostało przerwane z przyczyn od autora niezależnych.

Wyniki ostateczne:

1) W krótkim czasie przy podawaniu Prontosilu w schorzeniach dróg moczowych, znika białko i zmniejsza się ilość leukocytów w moczu, temperatura spada do normy, bóle ustępują, stan ogólny poprawia się.

2) Prontosil działa na ziarenkowce wybitnie bakteriobójczo (z wyjątkiem enterokoków).

3) W zakażeniach pałeczką okrężnicy niekiedy występuje wyjałowienie moczu, na ogół Prontosil ma tu jednak słabszy wpływ niż na ziarenkowce.

4) Działanie lecznicze Prontosilu jest niezależne od odczynu moczu.

Wnioski ostateczne:

1) Stany zapalne miąższu nerkowego nie są przeciwwskazaniem dla stosowania Prontosilu, nawet w przypadkach dużej niewydolności.

2) W zapaleniach miedniczek, pęcherza, lub cewki moczowej wystarczy stosowanie doustne 3×2 tabletki dziennie przez 8—17 dni, aby otrzymać zupełne wyleczenie lub wybitną poprawę. Wyjątek stanowią przypadki, kiedy schorzenie pierwotne, wywołujące stan zapalny miedniczek, nie zostaje usunięte. W razie niemożności usunięcia przyczyny pierwotnej, wskazane jest podawanie bez przerwy Prontosilu, aby utrzymać chorego w stanie znośnym i nie dopuścić do pogorszenia stanu chorobowego.

3) Prontosil poza żółtawym zabarwieniem skóry (jednokrotne spostrzeżenie) i nudnościami, żadnych powikłań, nawet przy długotrwałym stosowaniu, nie daje.

Dr C. WALLISCHECK, Badeńska Klinika Położnicza w Karlsruhe.

SPOSTRZEŻENIA O DZIAŁANIU PRONTOSILU W PRAKTYCE POŁOŻNICZEJ I GINEKOLOGICZNEJ.

(Referat według Zbl. Gyn. 1937, Nr. 50).

Stosowano Prontosil w 100 przypadkach schorzeń septycznych u kobiet. W zakażeniach wywołanych przez paciorkowce lub laseczniki okrężnicy wyniki były przeważnie bardzo pomyślne, podczas gdy zakażenia gronkowcowe reagowały na Prontosil stosunkowo gorzej. W przypadkach lekkich chore otrzymywały 3 razy dziennie po 2 tabletki (=1,8 g), w przypadkach cięższych wstrzykiwano domięśniowo 3 razy dziennie po 5 cm^3 Prontosilu solubile. W obserwowanym materiale autora było najwięcej przypadków zakażenia połogowego. U kobiet ze znacznym przesunięciem obrazu krwi na lewo i brakiem leukocytozy rokowanie uważano dotychczas za niepomyślne; otóż w przypadkach schorzeń gorączkowych w połogu, zależnych od zakrzepów lub zakrzepowego zapalenia żył miednicy, Prontosil działa tak dobrze, że od tego czasu przy wszelkich nieokreślonych gorączkach w okresie połogowym autor z reguły stosuje Prontosil, ew. w połączeniu ze sporyszem. Prontosil stosowano również w połogowych zakrzepach lub zapaleniach żył kończyn dolnych. Prontosil nie zawodził następnie również w zapaleniach miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego występujących tak często podczas ciąży; patologiczne składniki moczu znikły bardzo szybko. Według spostrzeżeń lekarzy angielskich Prontosil umożliwił zmniejszenie śmiertelności wywołanej przez zakażenie połogowe z 26 na 8%. W klinice w Karlsruhe zmarły z powodu bardzo ciężkiej posocznicy po poronieniu 3 kobiety; chore te otrzymały Prontosil zbyt późno (dopiero w 4. dniu gorączki); w 2 przypadkach stwierdzono ciężkie objawy otrzewnowe.

Jako przykłady pomyślnego wpływu Prontosilu na przebieg ciężkich zakażeń septycznych autor przytacza w streszczeniu 3 historie chorób:

1. Chora K., lat 35, rodzi po raz trzeci. Na 6 — 7 tygodni przed obliczonym terminem pęknięcie pęcherza i umiarkowane bóle. Chora zapisuje się do kliniki. Poród w stanie odurzenia. Z powodu obfitego krwawienia ręczne odłączenie łożyska, skrobanie i przepłukanie jamy macicy. W 5 godzin po porodzie gorączka 39^0; następnego dnia wieczorem $39{,}2^0$. W ciągu najbliższych dni częste dreszcze i znaczne wahania ciepłoty. W 5. dniu choroby gwałtowne dreszcze, po których gorączka podnosi się do 41^0. W rozmazie wydzieliny pochwowej paciorkowce hemolityczne i laseczniki ropy błękitnej oraz nieswoiste laseczniki i ziarenkowce. Posiew krwi jałowy. Od 4. dnia codziennie 2 zastrzyki domięśniowe po 5 cm^3 Prontosilu i 3 razy dziennie po 2 tabletki per os. Leczenie to stosowano bez przerwy przez 2 tygodnie. W 10. dniu gorączka opada, jednakże w 13., 26., 32. i 36. dniu po porodzie dreszcze się powtarzają i ciepłota znowu na krótki czas się podnosi. Po ponownym zastosowaniu Prontosilu gorączka każdorazowo już po kilku godzinach powraca do normy. Wyleczenie. Wypisanie z kliniki po 99 dniach.

2. Chora J., lat 37, rodzi po raz czwarty. W 6. — 7. miesiący ciąży zapalenie miedniczek nerkowych. Na 8 — 14 dni przed rozwiązaniem grypa. Zupełnie prawidłowy poród w odurzeniu. W ciągu pierwszych 3 dni po porodzie wieczorami $37{,}8^0$, w 4. dniu dreszcze i $39{,}1^0$, w ciągu następnych 2 dni znowu dreszcze i gorączka $40{,}1^0$ i 41^0. Poczynając od 6. dnia, wstrzykiwania Prontosilu i 3 razy dziennie po 1 — 2 tabletki. Obraz krwi wykazał przesunięcie na lewo z przewagą postaci młodocianych przy zmniejszeniu się ilości leukocytów, czyli brak zdolności odczynowej ze strony szpiku kostnego. Szybkość opadania krwinek czerwonych 69 mm. Po zastosowaniu Prontosilu natychmiast wyraźna poprawa. Badanie przez pochwę w 10. dniu wykazało ognisko zapalne zakrzepowego zapalenia żył w zakresie wielkich żył miednicy z prawostronnym zajęciem przydatków. Po badaniu znowu dreszcze. W rozmazie wydzieliny pochwowej zarazków chorobotwórczych nie znaleziono, tak że podłożem zakażenia była tu prawdopodobnie infekcja krwiopochodna, której źródłem było zakrzepowe zapalenie żył. W 21. dniu po porodzie o godzinie 6. rano zator płucny z kłującymi bólami w dolnym prawym płacie płucnym. Szybka poprawa. W 51. dniu po porodzie pacjentka wypisuje się z kliniki w bardzo dobrym stanie ze zdrowym dzieckiem. Zwiększenie się ilości leukocytów oraz zmniejszenie się ilości postaci młodocianych, stwierdzone w regularnych badaniach krwi, należało uważać za dowód, że Prontosil spotęgował siły obronne ustroju.

3. Chora H., lat 40. Sześć porodów bez gorączki połogowej. Obecnie jest w 2. — 3. miesiącu ciąży. Od 3 tygodni krwiste upławy. Przed 4 dniami dreszcze, następnie gorączka $39{,}8^0$ i umiarkowane krwawienie. Przed 3 dniami skrobanie i tamponada macicy. Chorą przywieziono do kliniki z powodu silnych bólów w całym podbrzuszu i gorączki. W wydzielinie z kanału szyjki wykryto złośliwe paciorkowce i nieswoiste pałeczki. Kanał szyjki przepuszcza jeden palec, macica wielkości przeszło pięści, bolesna na ucisk. Nacieczenie w tylnym sklepieniu pochwowym i w lewym przymaciczu. Gorączka $39{,}3^0$. Pęcherz z lodem na brzuch. Codziennie domięśniowe wstrzykiwania Prontosilu i 2 razy dziennie po 1 tabletce doustnie. Stan ogólny bardzo ciężki. Częste, płynne, cuchnące wypróżnienia. W dalszym przebiegu choroby wytworzyły się septyczne ogniska przerzutowe w obu dolnych płatach płucnych oraz na zastawce dwudzielnej. Niewyrównanie serca ze znacznymi obrzękami. Leczenie polegało w dalszym ciągu na wstrzykiwaniach Prontosilu oraz na stosowaniu środków nasercowych. Ten groźny stan utrzymywał się z nieznacznymi wahaniami przez 6 — 7 tygodni. Na pośladkach, kończynach i w okolicy łopatki prawej wytworzyło się 6 ropni przerzutowych. Powolna poprawa, chora czuje się coraz lepiej. Wyleczenie i wypisanie z kliniki po 98 dniach.

Dr **COOK**, **Berg.-Gladbach.**

MECHANIZM DZIAŁANIA I SPOSOBY STOSOWANIA PHANODORMU, EVIPANU I ADALINY.

Wszystkie trzy wyżej wymienione środki nasenne zdobyły sobie w lecznictwie zaburzeń snu bardzo szybko należne im stanowisko. Z tego powodu byłoby odpowiednie omówić je razem na podstawie już zdobytego doświadczenia w formie studium porównawczego.

Phanodorm jest pierwszym typowym środkiem nasennym. Zaletą jego jest brak niepożądanych objawów ubocznych, szybkie wchłanianie i szybkie wydalanie z organizmu. Ze związków powstałych po jego rozpadzie żaden nie ma działania usypiającego. Rozkład Phanodormu jest tak wybitny, że tylko 5 % tego związku wydala się z moczu w stanie niezmienionym. Rozpiętość dawkowania Phanodormu t. j. różnica między dawką leczniczą a toksyczną jest szczególnie duża. Wskutek szybkiego i całkowitego rozkładu preparatu chorzy po spokojnie przespanej nocy budzą się z uczuciem świeżości fizycznej i duchowej i nie skarżą się na żadne wtórne przypadłości.

Równocześnie w związku z szybkim i całkowitym rozkładem Phanodormu rozwiązane zostaje również pomyślnie zagadnienie kumulacji.

W klinice stosuje się Phanodorm szczególnie w zaburzeniach snu ostrych i przewlekłych na podłożu nerwowym, a przecież te zaburzenia nerwowe stanowią w praktyce przeważającą część przypadków bezsenności.

Phanodorm więc uważa się za typ środka nasennego, który sprowadza głęboki, ale stosunkowo krótki sen (6 — 8 godzin). Zdolność wywoływania stosunkowo głębokiego snu czyni Phanodorm skutecznym lekiem w uporczywej bezsenności i na tle organicznych schorzeń mózgowych. Do nich zalicza się zaburzenia na tle miażdżycy, psychoz i po zapaleniu mózgu. Phanodorm można bez obawy stosować przy bezsenności u kobiet karmiących, ponieważ nie przechodzi on do mleka.

W porównaniu z powszechnie uznanym środkiem nasennym, jakim jest Veronal, uwydatniają się w całej pełni zalety Phanodormu; Veronal przedstawia typ środka sprowadzającego długotrwały sen z względnie powolnym wchłanianiem, tudzież powolnym i niecałkowitym rozkładem.

Innym cennym środkiem o swoistym działaniu nasennym jest *Evipan*. Wchłanianie i rozkład Evipanu następuje o wiele szybciej i gruntowniej niż przy Phanodormie. Czas trwania snu wywołanego działaniem Evipanu jest w przeciwieństwie do wywołanego przez Phanodorm bardzo krótki. Wynika z tego, że Evipan przedstawia odrębny typ środka nasennego, który daje możność kolejnego kilkakrotnego stosowania i odznacza się silnym i szybkim działaniem. Po krótkim i głębokim śnie działanie jego przemija i sen uzyskany początkowo sztucznie za pomocą Evipanu przechodzi następnie w sen fizjologiczny. Gdy

sen z przyczyn natury zewnętrznej zostaje przerwany, chory po obudzeniu się nie odczuwa odurzenia. Szybkie i całkowite wydalanie Evipanu sprowadza obawę o wytworzenie się nałogu do zera.

Jeżeli bezsenność nie zostaje wywołana bólami, to w zależności od indywidualnych wahań, w 15 — 20 minut po zażyciu Evipanu następuje orzeźwiający sen bez marzeń, trwający w zależności od dawki 4 — 8 godzin. Chorym, którzy po krótkim śnie wśród nocy budzą się bardzo wczesnym rankiem i nie mogą powtórnie zasnąć, zaleca się zażycie Evipanu między północą a 4. nad ranem. Po obudzeniu się o godzinie 7. rano lub później wolni są od objawów następczych. Evipan różni się więc od Phanodormu tym, że jest nie tylko środkiem usypiającym, ale zarazem krótkotrwałym środkiem nasennym. Obserwacje z praktyki podkreślają, że zaletą Evipanu jest sprowadzanie krótkotrwałego snu bez uszczerbku dla chorego. Krótkotrwały głęboki sen sprowadza odpoczynek nie mniejszy, niż sen długotrwały lecz powierzchowny. Podobnie jak Phanodorm zaleca się Evipan kobietom karmiącym, ponieważ nie wywiera on żadnego ujemnego wpływu na niemowlęta.

Adalina jest związkiem o lekkim działaniu nasennym. W stosunku do Phanodormu i Evipanu należy podkreślić szczególnie jej działanie uspokajające. Nie posiada ona porażającego narkotycznego wpływu, obniża jedynie zwiększoną pobudliwość mózgu i rdzenia kręgowego. Wchłanianie i rozkład są powolniejsze niż Phanodormu i Evipanu. Raczej można stwierdzić lekkie działanie uspokajające, które trwa nawet czasami do następnego dnia z rana. Wpływ ten jest wielce pożądany zwłaszcza u neurasteników.

Przed wprowadzeniem Evipanu Adalina, przedstawiając typ łagodnego środka nasennego, służyła jako środek usypiający, a to z powodu braku wywoływania jakichkolwiek niepożądanych przypadłości. Dziś zalety stosowania Adaliny opierają się głównie na równoczesności działania usypiającego i uspokajającego.

Klinicznie znajduje Adalina zastosowanie w tych przypadkach, w których bezsenność jest wywołana zwiększeniem pobudliwości nerwowej: stany lękowe, neurastenia na podłożu płciowym, histeria. Z drugiej strony znajduje zastosowanie w schorzeniach nerwowych i naczyniowych, nerwicach serca i nadciśnieniu, wreszcie w ginekologii w okresie przekwitowym i w bolesnym miesiączkowaniu.

Ze względu na łagodne działanie można stosować Adalinę na bezsenność w chorobach zakaźnych, w schorzeniach układu krwionośnego i przemiany materii.

Co się tyczy dawkowania to stosuje się w zależności od wskazań od pół do 1 tabletki, celem wywołania działania usypiającego.

Działanie Adaliny zostaje przyspieszone i pogłębione przy zażyciu w gorących płynach.

Dr ANTONIO PALACIO i dr ELOY BARRIUSO. Valladolid.

ŁYSIENIE ZWYKŁE—ZABURZENIA W RÓWNOWADZE UKŁADU PRZYSADKOWO-PŁCIOWEGO.

(Refarat według Revue des Progrès Thérapeutiques 1937, Nr. 9/10).

Szereg nowych poglądów na zagadnienie łysienia zwykłego pobudził nas do sprawdzenia poszukiwań naukowych, wprawdzie już niezupełnie nowych, lecz odpowiednio przystosowanych do współczesnych teorii wydzielania dokrewnego.

Nauka o hormonach płciowych wchodzi obecnie w nowy okres. W leczeniu zaburzeń wewnętrznego wydzielania hormony płciowe odgrywają dziś doniosłą rolę. Nie ulega wątpliwości, że bliższe wyświetlenie ich wpływu na ustrój w warunkach prawidłowych i chorobowych może w dużej mierze wpłynąć na udoskonalenie naszych metod leczniczych. Właściwą drogą do tego celu mogą być tylko poszukiwania doświadczalne.

Oto rozważania kliniczne: łojotok głowy owłosionej niemal z reguły doprowadza do wyłysienia, lecz z faktu tego nie wynika jeszcze, że jedno zjawisko musi być przyczyną drugiego. Łojotok bowiem twarzy u mężczyzny bynajmniej nie hamuje wzrostu włosów brody i policzków. W przebiegu natomiast łysienia łojotokowego głowy włosy wypadają, zaś ponowny ich wzrost jest coraz powolniejszy i opieszalszy.

Łojotok głowy owłosionej spostrzega się również i u kobiet, a mimo to łysienie jest tu zjawiskiem nader rzadkim. Usiłowanie wyjaśnienia tych faktów natrafia na wielkie trudności. Żadna z dotychczasowych teorii nie uwzględnia znaczenia korelacji gruczołów płciowych z innymi gruczołami wewnętrznego wydzielania, a przecież wydaje się, że ten związek w etiologii łysienia odgrywa dużą rolę.

U niewiast z męskim typem owłosienia głowy dość często spostrzega się znamienne łysienie kątowate od strony czoła i skroni. W fakcie tym *Maranon* dopatruje się analogii patologicznej, jaka zachodzi pomiędzy łysieniem łojotokowym u dorosłych i łysieniem występującym niekiedy przed dojrzewaniem płciowym.

Zarost twarzy u mężczyzn z punktu widzenia wtórnych cech płciowych równoważy gęstość owłosienia u kobiet. U mężczyzny gęstość owłosienia jest większa przed dojrzewaniem płciowym, aniżeli w późniejszym okresie życia. U kobiet w tym względzie dzieje się wręcz odwrotnie.

Równowaga wydzielania dokrewnego.

Rozwój pierwotnych cech płciowych zależny jest od przysadki, która niejako „modeluje“ typ kobiecy lub męski. Dopiero w okresie dojrzewania gruczoły płciowe decydują o rozwoju wtórnych cech płciowych. Czynności płciowe dorosłego człowieka zależne są od funkcji wydzielniczych przedniego płatu przy-

sadki i gruczołów jądrowych. W tym okresie ustala się równowaga przysadkowo-płciowa, której wyrazem są zarówno postaciowe, jak i psychiczne cechy życia płciowego. Pomiędzy przednim płatem przysadki a jajnikami, względnie gruczołami jądrowymi, istnieje pewien stopień korelacji, która wzajemnie reguluje ich czynności wydzielnicze. Wszelkie zaburzenia tej korelacji powodują rozszczepienie równowagi wewnętrznego wydzielania, co z kolei odbija się na rozwoju charakteru płciowego osobnika. Kiedy przeważa czynność przysadki, następuje przerost wszystkich wtórnych cech płciowych, jak to np. spostrzega się w akromegalii. Odwrotnie, przewaga gruczołów płciowych prowadzi do nadmiernego rozwoju narządów płciowych przy prawidłowych lub upośledzonych wtórnych oznakach.

Wydzielanie wewnętrzne i łysienie.

Ten zespół zjawisk stanowi prawdopodobnie tło patogenetyczne łysienia zwykłego u mężczyzn dorosłych. Oto opis przypadku, który odpowiada powyższym rozważaniom: 41-letni mężczyzna wysokiego wzrostu, ze skłonnością do przerostu tkanki tłuszczowej w okolicy sutków, brzucha i bioder; gęste owłosienie niemal całego ciała, włosy na głowie krótkie, przerzedzone, łojotok, łysienie łojotokowe głowy, chorobliwe wzmożenie popędu płciowego. Oligospermia. — Pod wpływem leczenia wyciągami z przedniego płatu przysadki wszystkie powyższe zmiany zaczęły powoli ustępować. Łojotok ustąpił całkowicie już w krótkim czasie, włosy poczęły wzrastać szybko. Po dwóch miesiącach leczenia popęd płciowy unormował się i stosunki mogły odbywać się prawidłowo. Zwiększyła się również ilość plemników w nasieniu.

Przypadek ten doskonale ilustruje obraz rozszczepienia przysadkowo-płciowego w sensie obniżonej czynności przedniego płatu przysadki.

Liczni autorzy podkreślają, że w wielu przypadkach łysienia łojotokowego udało się uzyskać korzystne warunki lecznicze przez podawanie wyciągów z przedniego płatu przysadki.

Leczenie.

Dawki hormonu przedniego płatu przysadki wahają się od 1000 do 1200 jednostek mysich (każda tabletka jest standaryzowana w jednostkach biologicznych). Ujmując sprawę praktycznie dawka przeciętna winna wynosić 2000 jednostek mysich. W przebiegu leczenia spostrzega się zazwyczaj trzy okresy: 1) ustępowanie łojotoku w 2. lub 3. tygodniu; 2) zmiana w spoistości włosów oraz pierwsze oznaki porostu nowych włosów; 3) wyraźny porost w 6.—8. miesiącu leczenia.

Wnioski.

Upośledzona działalność wydzielnicza przedniego płatu przysadki zaburza korelację pomiędzy przysadką i gruczołami płciowymi w sensie przewagi tych ostatnich. Ten zespół zaburzeń wewnętrznego wydzielania współistnieje zazwyczaj ze skłonnością do łojotokowego łysienia; być może nawet, że stanowi on tło patogenetyczne łysienia łojotokowego. Jako potwierdzenie tej hipotezy moż-

na by przytoczyć spostrzeżenie, że zastrzykiwanie przetworów jądrowych wzmaga łojotok i zwiększa wypadanie włosów.

Z faktów powyższych wypływa logiczny wniosek, że racjonalne leczenie łysienia łojotokowego polega na podawaniu przetworów zbliżonych w swym składzie do hormonu przedniego płatu przysadki. Jeśli wyniki lecznicze okażą się korzystne, będzie to dowodem słusznego założenia teoretycznego i nieuzasadnionego pesymizmu w stosunku do każdej nowej metody leczniczej.

Przez całe wieki uważano łysinę za zjawisko naturalne, za swego rodzaju oznakę zwyrodnienia cielesnego u osób pracujących umysłowo. Dziś wolno nam twierdzić, że łysienie jest objawem *chorobowym*, dającym się usunąć drogą racjonalnego leczenia.

---

[1]) Zakłady chem.-farm. Bayera wyrabiają z przedniego płata przysadki preparat p. n. Preloban. Preparat nie znajduje się dotychczas na rynku polskim.

Dr EMIL PERRIN, Lyon.

USYPIANIE DOŻYLNE ZA POMOCĄ EVIPANU-NATRIUM.

(Referat według odczytu wygłoszonego na 43. Zjeździe Chirurgów francuskich).

Usypianie ogólne nie jest, jak wiadomo, metodą pozbawioną niebezpieczeństwa. Zwłaszcza w praktyce urologicznej często mamy do czynienia z ludźmi w starszym wieku, którzy przeważnie bardzo źle znoszą narkozę eterową. Jak należy np. postępować przy częstej operacji prostatektomii nadłonowej? Pierwszy etap operacji można wykonać w znieczuleniu miejscowym, które nie nadaje się jednak do etapu drugiego. Stan płuc lub serca nie pozwala na zastosowanie uśpienia eterowego. Niskie ciśnienie krwi przemawia przeciw znieczuleniu lędźwiowemu. Stan ogólny chorych bywa często tak zły, że wymaga postępowania szczególnie ostrożnego. Otóż mając w wielu przypadkach do czynienia z tak niepomyślnymi warunkami, autor stosuje już od roku z doskonałymi wynikami dożylne uśpienie za pomocą Evipanu-Natrium. Osobiste doświadczenie autora opiera się na materiale klinicznym składającym się z przeszło 100 przypadków.

W krótkim swym doniesieniu *Perrin* nie omawia szczegółowo budowy chemicznej Evipanu-Natrium, ani techniki jego stosowania, ani poglądów różnych autorów, gdyż są to wiadomości obecnie już powszechnie znane, lecz ogranicza się wyłącznie do zreferowania swoich własnych spostrzeżeń i wniosków, dotyczących znaczenia i wartości tego preparatu.

Evipan-Natrium nie jest lotnym środkiem usypiającym, wobec czego po wstrzyknięciu go do żyły nie możemy już dowolnie regulować przebiegu nar-

kozy. Nie ma to jednak w praktyce żadnego poważniejszego znaczenia ze względu na 3 poniższe cenne własności preparatu:

1. Działanie Evipanu-Natrium jest szybkie i prędko przemija, odtruwanie preparatu następuje już po bardzo krótkim czasie.

2. Skala dawkowania preparatu jest bardzo duża. Różnica między dawką czynną i dawką toksyczną jest znaczna.

3. Wpływy uboczne na krążenie krwi i ciśnienie tętnicze są minimalne.

Evipan-Natrium należy wstrzykiwać do żyły wolno: wstrzykiwanie 1 cm^3 powinno trwać około 15 sekund. Uśpienie występuje nadzwyczaj szybko. Sen jest spokojny i głęboki. W znacznym odsetku przypadków stwierdza się kilka szybko przemijających drgawek mięśniowych w kończynach. Powłoki brzuszne są zupełnie zwiotczałe. Czas trwania uśpienia waha się w znacznych granicach od 5 minut do 1 godziny; przeciętnie wynosi od 20 — 25 minut. Obudzenie się jest na ogół spokojne, spokojniejsze niż po uśpieniu metodą wziewania. Zaledwie w jednym przypadku (na sto) wystąpiły mdłości, które nie doprowadziły jednak do wymiotów. Podniecenie pooperacyjne stwierdzono w 2 przypadkach. Na ogół operowani budzą się w stanie euforii. Pacjenci, którzy już byli poprzednio operowani z zastosowaniem innej metody uśpienia lub znieczulenia, zgodnie twierdzą, że dożylne wstrzyknięcie Evipanu-Natrium jest subiektywnie biorąc narkozą wprost idealną.

Autor nie stosuje Evipanu-Natrium jako uśpienia podstawowego, które przedłuża się następnie przez dodanie eteru, ani też nie powtarza kilkakrotnie wstrzykiwań w ciągu tego samego zabiegu. W każdym razie w przypadkach w których uśpienie evipanowe okazało się niedostateczne i w których trzeba było w związku z tym dodatkowo zastosować chlorek etylu lub eter, dla osiągnięcia niezbędnego uśpienia wystarczały mniejsze niż przeciętnie dawki środków usypiających. Na 100 przypadków krótkotrwałych zabiegów chirurgicznych (cystotomie, prostatektomie, kastracje, leczenie wodniaka jądra, przetoki odbytnicy, operacje wyrostka robaczkowego i t. d.) w 80% uśpienie evipanowe było całkowicie zadowalające, w 15% niezupełne lub zbyt krótkie i w 5% uśpienie zawiodło.

Jeden przypadek narkozy evipanowej zakończył się śmiertelnie. Choremu wykonano prostatektomię. Po obudzeniu się wystąpił stan niezwykle gwałtownego podniecenia. W dalszym przebiegu wystąpiła śpiączka i chory po 3 dniach zmarł. Być może, że bezpośrednią przyczyną zgonu była w danym przypadku śpiączka mocznicowa.

Na podstawie swoich spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że w chirurgii starców, osobników słabych lub wyniszczonych, u chorych z niskim ciśnieniem krwi i u pacjentów chorych na płuca, Evipan-Natrium jest najodpowiedniejszym środkiem usypiającym.

PASOŻYTY LUDZKIE.

LONICER (Zielnik 1716), GRIMM (Słownik), WEIDNER (M. m. Wschr., 1936, Nr. 47).

Istnieje wiele ludzi o usposobieniu romantycznym, którzy przy każdej sposobności zachwycają się „wspaniałością“ czasów średniowiecznych. Stosunek tych ludzi do okresu średniowiecza nasuwa poważne zastrzeżenia. Zachowanie ich przypomina do pewnego stopnia ludzi, którzy wychwalają piękne, stare budynki, lecz za nic w świecie nie zgodziliby się zamieszkać w średniowiecznej dzielnicy staromiejskiej. Nie potrzeba przy tym myśleć o trądzie lub dżumie, które srożyły się w średniowieczu i porywały tak wiele ofiar, nawet wśród zdrowych i młodych ludzi, aby się zrazić do tych czasów; niekonieczne są również wspomnienia o barbarzyńskich procesach czarownic, aby zwątpić o godności i pokoju ówczesnego życia. Nie, dla przedstawienia życia średniowiecznego w znacznie gorszym świetle w porównaniu z czasami obecnymi wystarczają sprawy o wiele mniej groźne. Mamy tu na myśli rzeczy, które dotyczyły bez wyjątku wszystkich i które uprzykrzały życie nie tylko ludziom ubogim, z niższych warstw społecznych, lecz dawały się bardzo we znaki również i osobom z eleganckiego świata. Tą plagą średniowiecza było robactwo. Nie można sobie



Pielęgnacja głowy.
P. de Hooch (1629—1683).



Szkoła Ostade (17 wiek).
Walka z pasożytami.

dzisiaj poprostu wyobrazić, jak bardzo ówcześni ludzie cierpieli z powodu robactwa. Biada temu, kogo nawiedziły pasożyty, kogo oblazły wszy i pluskwy lub kto cierpiał na świerzbę! Wszystkie stosowane środki były tak samo mało skuteczne, jak różne silnie pachnące korzenie, które dziś stosuje się dla usunięcia moli. Być może, że wreszcie następowało przyzwyczajenie, które sprawiało, że ludzie stawali się mniej wrażliwi na swą bezustanną udrękę. Podobno to



Ilustracja do bajki *Lafontaina:* Człowiek i pchła według *Oudry* (1686—1755).



Oczyszczanie głowy. *Murillo* (1618—1682).

przyzwyczajenia istnieje również i dzisiaj w stosunku do pluskiew. Cóż można było robić? *Lonicer* (około r. 1580) jest bardzo ostrożny: udziela on rad, jak usunąć to utrapienie, lecz zdaje sobie sprawę, że nie rozporządza sposobami, któreby mogły pasożyty zabić. *Lonicer* uważa za wątpliwe, aby pchły i wszy istotnie uciekały przed niektórymi ziołami, jak np. przed przykrym zapachem Spatula foetida. Mycie się odwarem z mięty oraz kąpiele z szałwii miały uśmierzać swędzenie. Przeciwko wszom stosowano sabadillę. Pluskwy ukazały się jakoby w Europie środkowej (w Strassburgu) dopiero w 11. wieku. *K. Megenberg* z Augsburga (1475) poleca pewną specjalną mieszaninę ziół, która ma zmuszać pluskwy do ucieczki. Wydaje się jednak, że wypędzenie diabła Belzebubem było daleko łatwiejsze. Dla uśmierzania dokuczliwego swędzenia stosowano na skórę pokrzywę po uprzedniej gorącej kąpieli. Podobnie pomyślny wpływ leczniczy miała wywierać na skórę mieszanina soli kuchennej z oliwą.

Do cierpień wywołanych przez niesłychanie rozpowszechnione pasożyty dołączały się jeszcze żarty i kpiny ze strony tych, którym robactwo jakoś nie dokuczało lub którzy byli odporni i niewrażliwi na ich obecność. *Megenberg* w następującym żartobliwym wierszu chwali przywiązanie wszy: Jakie jest najwierniejsze zwierzę? Wesz, która daje się powiesić razem ze skazańcem i pozostaje przy nim aż do śmierci.

Również i malarze zajmowali się tym nierozwiązanym w średniowieczu zagadnieniem pasożytów. Na wielu obrazach widzimy sceny przedstawiające bez-



Przyjemności nocy letniej.
Rowlandson (1756 — 1827).



Mycie głowy
według *Hortus sanitatis* (15 wiek).

skuteczne przeważnie próby zwalczania pasożytów. Walka z robactwem polegała zwykle na wyszukiwaniu i zabijaniu pojedyńczych pasożytów i choć nie usuwała cierpienia, to jednak sprawiała pewne zadowolenie ze zniszczenia większej ilości znienawidzonych wrogów. Szereg obrazów tego rodzaju pochodzi z 14. i 15. wieku, gdy wyszukiwano zwierzątka jeszcze w sposób bardzo niezręczny (Hortus sanitatis, *Matthiolus*). O wiele więcej zręczności wykazują Hiszpanie. *Murillo* (1618 — 1682) namalował 4 obrazy, których tematem jest wyszukiwanie wszy. Również u wielu malarzy holenderskich spotykamy sceny z życia przedstawiające walkę z robactwem: *Gérard Dou* (1613 — 1675), *Molenaere* (1606 — 1668), *A. van Ostade* (1610 — 1685), *Pieter de Hooch* (1629 — 1683). Przeważnie widzimy na tych obrazach jak zatroskana matka z poważnym wyrazem twarzy, często również w okularach, poszukuje we włosach swego dziecka niepożądanych mieszkańców.

Matthiolus († 1557) w swych komentarzach o sześciu księgach *Dioskoridesa* pisze: „Jeżeli nawet pluskwa jest istotnie zwierzęciem wstrętnym, dokuczliwym i cuchnącym, to jednak okazuje się, że może ona oddawać pewne usługi w lecznictwie. Niektórzy nowocześni (!) lekarze wprowadzają żywe pluskwy do cewki moczowej lub pochwy, aby wywołać oddawanie moczu“. *Matthiolus* uważa, że „wędrujące żywe pluskwy, łechczą i drażnią drogi moczowe, wywołują rozszerzenie się kanałów moczowych i doprowadzają w ten sposób do obfitego urynowania“. — „W przypadkach zimnicy czwartaczkowej przed wy-



Czesanie włosów gęstym grzebieniem. Historia Medica. *v. d. Bosche (1689).*

stąpieniem napadu pomaga doskonale połknięcie 7 pluskiew w łupince fasoli. Te same pluskwy połknięte bez łupinki fasoli są bardzo skuteczne w przypadkach ukąszenia przez żmije. Kobiety z cierpieniami macicy doznają znacznej ulgi, gdy czują w swym ciele pluskwy. Pluskwy wypite w winie lub w occie winnym wywołują odpadnięcie pijawek".

Van den Bosche z Brukseli pisze w swej „Historia Medica" (1689): „Pomiędzy wszami stwierdza się zasadnicze różnice, zależne od ich pochodzenia. Wszy ze krwi są czerwone i grube, wszy z flegmy są białe, miękkie i wilgotne, wszy z żółci są czarne i suche, a wszy z czarnej żółci są ziemiste, chude i leniwe. Zgodnie z poglądami pewnych autorów, również i ja jestem jednak zdania, że wszy powstają z potu ludzkiego a mianowicie z potu i pary zepsutych soków. Znaczna ilość wszy jest istotnie objawem ogólnego zepsucia organizmu (gnicie soków, jak np. przy trądzie). Wesz jest uciążliwym pasożytem człowieka i zakłóca mu spokój. Pomimo to jest ona pożyteczna w niektórych chorobach".

Liczni lekarze, a wśród nich także i *Feliks Plater* (1536 — 1614) donoszą, że chorzy na żółtaczkę czują się znacznie lepiej, jeżeli zjedzą 11 wszy. Spostrzeżenia praktyczne potwierdzają jakoby skuteczność tego zabiegu leczniczego.

Niektórzy ludzie odczuwają często bardzo przykry lęk przed domniemanym robactwem. Zwłaszcza starsi doznają wrażenia swędzenia, które uzależniają od obecności pasożytów. Ten wyimaginowany pasożyt otrzymał nazwę Pulex pruriginis senilis. *Willan* (1799) opisał tego pasożyta i przytacza w swej książce nawet jego rysunki. W rzeczywistości rozchodziło się tu o łuseczki skóry lub cząsteczki brudu. W czasach średniowiecznych tę obawę przed pasożytami mogła nasuwać nie tylko rozpowszechniona plaga robactwa, lecz również niektóre wstrętne sposoby ówczesnego leczenia.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Czy zaraza pyska i racic może się przenosić na człowieka?

Zaraza pyska i racic interesuje przede wszystkim gospodarzy wiejskich i weterynarzy. Ostatnio znowu stała się aktualną kwestia, czy zaraza pyska i racic może się przenosić ze zwierząt na człowieka a zwłaszcza na dzieci. Zaraza pyska i racic, która w ostatnich czasach w wielu okolicach panuje nagminnie, występuje jako choroba zakaźna przeważnie wśród bydła rogatego, a następnie wśród świń, owiec, kóz, dziko żyjących jeleni, saren, dzikich świń i dzikich kozłów. Wrażliwe są również oswojone renifery, żyrafy i wielbłądy. Wyjątkowo zapadają również psy, konie i koty. Zarazek nie jest znany; czynnikiem chorobotwórczym jest prawdopodobnie przesączalny jad, znajdujący się w pęcherzach, wytwarzających się na skórze i śluzówkach. W roku 1754. opisano pierwszy przypadek przeniesienia się zarazy pyska i racic na człowieka; przyczyną zakażenia było wypicie surowego mleka pochodzącego z zakażonej obory. Od tego czasu znajdujemy w piśmiennictwie lekarskim dość częste opisy zarazy pyska i racic przeniesionej na ludzi; przypadki takie obserwowano zwłaszcza podczas epidemii u zwierząt. Przenośnikiem choroby było zwykle niegotowane mleko, maślanka, śmietana, masło lub ser. Przeniesienie zarazy pyska i racic przez mleko wywołuje u człowieka pryszczykowe zapalenie jamy ustnej z zajęciem języka i warg oraz zapalenie śluzówki gardła. Choroba przebiega z gorączką. Na palcach rąk i nóg, rzadziej na twarzy, na uszach i rękach występują pęcherzyki i owrzodzenia. Leczenie polega na miejscowym smarowaniu pryszczyków borną gliceryną, nalewką z myrry i ratanii, H_2O_2 (2%), roztworami srebra z taniną, 10%-owego kwasu chromowego i t. d. W razie dotkliwych bólów stosuje się 10%-owe przetwory z Anaesthesiny. W ciężkich przypadkach skuteczny okazał się Salvarsan srebrowy. Dla zapobiegania należy w zagrodach, w których panuje zaraza pyska i racic, mleko gotować lub poddawać pasteryzacji. *Wagener* (Berlin: Tierärztl. Rdsch. 1938, Nr. 6) zwraca uwagę, że chorobę może oczywiście przenieść nie tylko picie zakażonego mleka lecz również bezpośrednie stykanie się z chorym zwierzęciem.

Prof. dr. Jost, Berlin.

(Z. f. ärztl. Fortb. 1938, Nr. 3)

W sprawie stosowania witaminy B_1.

Autor opisuje historię choroby 40-letniego pacjenta, który w 1915 roku został postrzelony w miednicę. W związku z tym postrzałem wystąpiło porażenie prawej nogi. W roku 1931 dołączyło się porażenie i zaburzenia czuciowe w prawej ręce i w obu nogach. Do roku 1934 chory zupełnie nie mógł chodzić; znaczne osłabienie mięśniowe prawej ręki i przemijające zaburzenia ręki lewej. Odczyn Wassermanna (również i w płynie mózgowo-rdzeniowym) ujemny. Przed rokiem pod wpływem leczenia promieniami Rentgena przemijająca poprawa. W październiku 1936 zapoczątkowano leczenie wstrzykiwaniami Betaxiny (po 3 razy tygodniowo, dożylnie). Po 15 zastrzykach chory mógł już siedzieć i ruszać rękami i nogami; obciążać kończyn nie był jednak jeszcze w stanie. Zaburzenia czuciowe bez zmiany. W styczniu 1937 zastosowano drugą kurację Betaxiną (15 wstrzykiwań). Wobec tego, że chory z powodu znacznego osłabienia źle znosił częstsze wstrzykiwania, stosowano mu zastrzyki tylko raz na tydzień. Zaburzenia czuciowe na rękach i nogach poprawiły się wyraźnie. Opierając się an lasce i przy pomocy pielęgniarki, cho-

ry mógł już chodzić. W pozycji siedzącej ruchy rąk i nóg zupełnie swobodne, jedynie z przewagą mięśni przywodzących, co ujawnia się zwłaszcza przy chodzeniu. Pacjent stwierdza, że w ogóle czuje się „znacznie lepiej“.

Dr W. Pietsch, Klosterneuburg.

(Ther. Ber. 1937, Nr. 7/8)

Witamina B_1 w niedokrwistości złośliwej.

Chora ma lat 61. Już od 3 lat cierpi na niedokrwistość złośliwą. Pod wpływem konsekwentnego podawania świeżej wątroby oraz preparatów wątrobowych i żołądkowych i rozcieńczonego kwasu solnego, stan krwi powraca prawie zupełnie do normy. W listopadzie 1934: erytrocyty 2.770.000), wskaźnik barwny 1,39. We wrześniu 1935: erytrocyty 4.760.000, wskaźnik barwny 0,91. Pomimo tej znacznej poprawy krwi niezdolność chodzenia, istniejąca już na początku leczenia, utrzymuje się nadal. Odczyn *Romberga* był silnie dodatni, odczyn *Wassermanna* ujemny. Chora nie może stać w ciemności. Rozpoznanie: zaburzenia rdzeniowe na podłożu anemii złośliwej. W sierpniu 1935 autor zastosował leczenie Betaxiną. Chora otrzymywała codziennie przez 10 dni wstrzykiwania domięśniowe. Następnie zarządzono 4-tygodniową przerwę i znowu powtórzono serię 10 wstrzykiwań. Po 16-dniowej pauzie autor przeprowadził jeszcze trzecią kurację. Już w połowie stosowanego leczenia witaminowego nastąpiła wyraźna poprawa. Pod koniec leczenia chora może już bez trudu chodzić po schodach (na 3. piętro). Po upływie jeszcze kilku tygodni pacjentka odbywa nawet długie spacery.

Dr Cramer, Wrocław.

(The. Ber. 1937, Nr. 6)

Leczenie swędzenia Betaxiną.

Chory skarży się na silne swędzenie skóry na całym ciele, a zwłaszcza na dłoniach. Swędzenie jest tak dokuczliwe, że nie pozwala choremu zasnąć. Pacjent cierpi już od kilku miesięcy. Wszelkie dotychczasowe próby leczenia pozostały zupełnie bez wpływu na stan chorego. Swędzenie nie zależało od spożywania określonych potraw. Żadnej choroby skórnej nie stwierdza się. Mocz bez zmian. Zawartość cukru we krwi prawidłowa. Odczyn Wassermanna ujemny. Lekkie podrapanie skóry pozostawiało długo utrzymującą się czerwoną pręgę. Podawanie bromu i wapnia w ciągu 14 dni nie uśmierzyło swędzenia.

Autor obserwował już poprzednio w ciągu 2 lat innego chorego z zupełnie podobnymi objawami. Środki uspokajające i wapń były bezskuteczne. Autorowi nasunęła się myśl, że być może Betaxina (witamina B_1) wpłynie pomyślnie na nadwrażliwość nerwów skórnych. Zastosowano domięśniowe wstrzykiwania Betaxiny naprzemian z dożylnymi zastrzykami glukonianu wapnia (1 zastrzyk dziennie). Po 6 wstrzyknięciach (czyli po 3 amp. Betaxiny i 3 amp. wapnia) swędzenie ustąpiło zupełnie i dotychczas — po 6 tygodniach — nie odnowiło się.

Dr Strüder, Frankfurt n. M.

(Ther. Ber. 1937, Nr. 7/8)

Colitis ulcerosa gravis.

Chory lat 46, stan odżywiania zły, zabarwienie twarzy żółtawo-blade. Pacjent skarży się na ogólne osłabienie, silne bóle w brzuchu i częste wypróżnienia (12 — 16 razy dziennie). Stolce czysto ropne lub krwawe, zawierają do ½ litra krwi. Chory już po raz trzeci cierpi na wrzodziejące zapalenie kiszek grubych. W roku 1926 choroba trwała 12 — 13 tygodni, w 1932 — tylko 4 tygodnie. Obecna choroba ma przebieg najgwałtowniejszy, częste wypróżnienia z towarzyszącymi im napadami kolki dokuczają w dzień i w nocy i nie dają mu ani chwili spokoju. Ilość hemoglobiny według *Sahli'ego* wynosi 42%; 27 kwietnia zapoczątkowano leczenie Torantilem. Chory otrzymał 10 wstrzykiwań co drugi dzień. Następnie po krótkiej przerwie zaczęto stosować Torantil doustnie; ogółem chory zażył 80 drażetek. Już w tydzień po rozpoczęciu leczenia stwierdzono wyraźną poprawę. Parcie na stolec znacznie rzadsze i łagodniejsze. Stolce tracą swój płynny charakter i zawierają mniej ropy i krwi. Wygląd pacjenta o wiele lepszy. Po zakończeniu kuracji całkowite odzyskanie zdolności do pracy. Hemoglo-

bina — 75%. Wypróżnienia 2 — 3 razy dziennie, stolce sformowane nie zawierają krwi. Próba benzydynowa w kale daje wynik ujemny. Napady kolki ustąpiły zupełnie. Pacjent czuje się dobrze i bez żadnej szkody stale powiększa swą dietę. Tolerancja pożywienia dobra. Badanie kontrolne dokonane po upływie miesiąca wykazało że wyleczenie było trwałe.

Dr Kanzler, Rehetobel.

(Ther. Bęr. 1937 Nr. 1)

Leczenie alergii w stosunku do białka rybiego.

Autor opisuje historię choroby pewnej kobiety, która wykazywała objawy wybitnej idiosynkrazji w stosunku do wszelkich gatunków ryb. Chora ta za każdym razem po zjedzeniu jakiejkolwiek ryby dostawała ciężkiej pokrzywki; jednocześnie stan ogólny i samopoczucie pogarszały się gwałtownie. Czasami wystarczało dla wywołania tych przykrych objawów chorobowych nawet dotknięcie ryby, jak np. podczas ich przygotowywania. Podobne zaburzenia powstawały czasami po dotknięciu niektórych gatunków prymulek. Po bezskutecznym stosowaniu różnych sposobów odczulania autor zwrócił się wreszcie do Torantilu. W dniach, w których pacjentka spożywała ryby, przyjmowała ona 2—3 razy po 2—3 drażetki Torantilu przed jedzeniem. Wynik okazał się znakomity, pacjentka zjadała rybę i nie doznawała żadnych dolegliwości ani nie dostawała pokrzywki. Pewnego dnia pacjentka zażyła Torantil tylko rano, a następnie po zjedzeniu ryby wzięła odrazu 3 drażetki. Również i w tym przypadku spożycie ryby żadnych zaburzeń nie wywołało. Dla osiągnięcia pełnego działania ochronnego wystarczało więc 5—6 drażetek.

Pacjentka spożywa obecnie bez obawy i bardzo chętnie conajmniej raz na tydzień danie rybne i przyjmuje w takim dniu 4—5 drażetek Torantilu. Dzięki Torantilowi zaburzenia alergiczne nie ujawniają się wcale i pacjentka czuje się bardzo dobrze.

Co się tyczy prób stosowania Torantilu przy chorobach wątroby, to można już dzisiaj powiedzieć, że Torantil działa żółciopędnie, ułatwia trawienie i łagodzi wrażenie ucisku w okolicy wątroby. W każdym razie Torantil nadaje się bardzo dobrze do leczenia następczego po odpowiednim leczeniu wodami w uzdrowisku, ew. można go stosować również dla podstawowego leczenia schorzeń wątroby.

Dr Ullrich, Langebrück pod Dreznem.

(Ther. Ber. 1937, Nr. 3)

Uszy podczas pływania.

Jeżeli po przebytym zapaleniu ucha środkowego pozostaje na stałe przedziurawienie błony bębenkowej, to woda, zwłaszcza podczas pływania pod wodą, może łatwo przeniknąć do ucha środkowego. Wraz z wodą mogą przeniknąć, oczywiście, również i zarazki chorobotwórcze. Jeżeli jednak zatkać mocno ucho zwykłą watą lub watą nasyconą parafiną i przykryć muszlę uszną odpowiednim nausznikiem, to przy unikaniu zbyt gwałtownych skoków, można na pływanie pozwolić. Całkowity brak błony bębenkowej i operacja radykalna grożą niebezpieczeństwem, że już kilka kropel zimnej wody może wywołać t. zw. odczyn kaloryczny: oczopląs, zawroty głowy, wymioty. Pływak znajdujący się pod wodą traci wskutek silnego podrażnienia labiryntu wszelką orientację i nie znajduje drogi na powierzchnię. Autor wykonał szereg odpowiednich doświadczeń na świnkach morskich i demonstrował nawet zdjęcia filmowe, ilustrujące zachowanie się zwierząt pod wodą. Podrażnienie błędnika w spokojnej wodzie nie jest takie niebezpieczne, groźniejsza jest woda wzburzona a bardzo groźne może być przebywanie pod wodą. Szczególne niebezpieczeństwo grozi zwłaszcza ludziom z dużymi ubytkami błony bębenkowej albo z plastycznym rozszerzeniem przewodu słuchowego, dokonanym w związku z operacją radykalną. Jednakże zamknięcie ucha watą parafinową i unikanie głębokiego nurkowania powinno również i takim ludziom umożliwić pływanie.

Prof. dr Güttich, Kolonia.

(Z. f. ärztl Fortb 1937, Nr. 16)

Przypadek wrzodu dwunastnicy leczony „Torantilem".

Mimo bardzo licznych metod leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy i mimo stałego poszukiwania nowych dróg, choroba wrzodowa należy pod względem leczenia do trudnych. Oprócz leczenia dietetycznego i objawowego, jako podstawowego, wykształciły się metody leczenia ogólnego, wpływającego bądź na procesy fizyko-chemiczne ustroju, bądź na system nerwowy i naczyniowy. Metody te, jako punkt oparcia, mają różne zapatrywania na patogenezę choroby wrzodowej.

Pierwszą taką metodą o szerszym zakresie było stosowanie pozajelitowe ciał białkowych. *Glaessner* jest zdania, że przyczyna choroby wrzodowej tkwi w niedostatecznej ilości ciał obronnych przeciwpeptycznych we krwi. Na tej podstawie opiera on metodę leczenia wrzodu przy pomocy wstrzykiwań pepsyny. Niektórzy autorzy łączą leczenie bodźcowe z równoczesnym podawaniem pozajelitowym pepsyny.

Mann i *Wiliamson* uzyskując wrzody trawienne u psów wykazali doświadczalnie, że rozpad białka w żołądku lub dwunastnicy dotkniętej wrzodem, jest niekompletny i że nie dochodzi do kwasów aminowych. W ten sposób ustrój pozbawiony zostaje ostatecznych, przyswajalnych produktów rozkładu białka, t. j. kwasów aminowych, których sam wytworzyć nie może. Brak więc kwasów aminowych jest według tych autorów przyczyną lub czynnikiem wywołującym chorobę wrzodową.

Kwasy aminowe bowiem z jednej strony konieczne są jako budulec do odnowy tkanek, oraz są ważnym czynnikiem w procesie trawienia, — z drugiej strony paraliżują do pewnego stopnia drażniące działanie soków trawiennych na żołądek lub dwunastnicę. Opierając się na tych spostrzeżeniach *Aron* i *Weiss* zastosowali do leczenia choroby wrzodowej pozajelitowe podawanie roztworów histydyny czteroprocentowej i tryptofanu dwuprocentowego z wynikami korzystnymi.

Bergmann wyraził przypuszczenie, że wzmożone napięcie nerwów ruchowych i naczynioruchowych żołądka wywoływać ma częste kurcze warstwy mięśniowej oraz mięśniówki śluzówki, a co zatem idzie, zmniejszać warunki ukrwienia śluzówki przez zaciskanie naczyń krwionośnych. W następstwie upośledzenia odżywiania śluzówki mają powstawać nadżerki i owrzodzenia, przechodzące z czasem we właściwy wrzód trawienny. Podobne kurczowe stany w narządach z gładkimi mięśniami spotyka się we wszelkich alergozach. Już dawno przypuszczano, że czynnikiem wyzwalającym stany alergiczne jest histamina, względnie ciała o działaniu farmakodynamicznym, odpowiadającym histaminie. Histamina znajduje się stale w ustroju w postaci nieczynnego związku zespolonego, łatwo ulegającego rozpadowi. Wyzwalają ją wszelkie ciała białkowe, działające jako antygeny. Żołądek i dwunastnica należą do organów, które najczęściej stykają się z różnymi ciałami białkowymi i na niektóre z nich mogą być uczulone. Błona śluzowa jelit cienkich posiada własne związki zaczynowe, które pozwalają unieszkodliwiać działanie histaminy lub związków jej podobnych. Oprócz śluzówki jelit jedynie nerka posiada ten czynnik, ale w ilościach niewielkich. Czynnik ten wyosobniono i otrzymano w stanie czystym. Zakłady „Bayera" nadały mu nazwę „Torantil". Jest to białawy proszek standaryzowany, w zatopionych ampułkach. Za jednostkę „Torantilu" uważa się dawkę preparatu, która odtruwa 1 miligram histaminy.

„Torantilem" leczyłem chorego z wrzodem dwunastnicy, którego historię choroby przytaczam w streszczeniu:

Chory N. J., lat 37, o konstytucji leptosomicznej, choruje od dwóch lat. Typowe objawy kliniczne wrzodu dwunastnicy. Stale stolce smołowe i typowe bóle w nadbrzuszu. Stan ogólny podupadły. Rentgenologicznie wykrywa się owrzodzenie usadowione w opuszce dwunastnicy, drążące przez całą śluzówkę i dające obraz zapalenia okołodwunastniczego. Zastosowałem leczenie dietetyczne oraz objawowe (alkalia i atropina). Poza tymi metodami podstawowymi przeprowadziłem kurację bodźcową i pepsynową, stosując równocześnie pozajelitowo roztwory kwasu jodoksychinolinosulfonowego i obojętne roztwory pepsyny. Powtórne

badanie rentgenologiczne wykazało cofnięcie się sprawy zapalnej okołodwunastniczej, jednakże owrzodzenie w opuszce nie uległo zmianom, tak co do wielkości, jak i głębokości. Objawy podmiotowe i stan przedmiotowy poprawiły się nieco, co można przypisać głównie zabiegom dietetycznym i leczeniu objawowemu. W stolcu stale krew utajona. Zastosowałem kurację „Torantilem" łącznie z leczeniem dietetycznym i objawowym. Ogółem chory otrzymał 12 wstrzykiwań „Torantilu", co drugi dzień ampułkę (1 ampułka = 1 jednostce w 2 cm^3 soli fizjologicznej). Po czterech wstrzyknięciach znikły bóle oraz obniżył się znacznie stan nadkwasoty soku żołądkowego. Stan ogólny poprawił się znacznie, zgaga ustąpiła i równocześnie znikła w stolcu krew utajona. Po zakończeniu kuracji chory przybrał 9 kilogramów na wadze. Dokonane badanie rentgenologiczne nie wykazało w opuszce dwunastnicy ubytku, jedynie małe ilości papki barowej, które przylgnęły do blizny po wrzodzie, dały kilka drobnych cieni. Prawidłowe ukształtowanie opuszki wskazuje na wytworzenie się cienkiej, elastycznej blizny. Po czterech tygodniach od zakończenia kuracji dobry stan chorego każe uważać sprawę wrzodową za wyleczoną.

Przytoczony przypadek wskazuje na cenne właściwości lecznicze „Torantilu" w chorobie wrzodowej. Biorąc pod uwagę mechanizm działania tego środka, do leczenia „Torantilem" nadają się głównie wrzody pochodzenia alergicznego i toksycznego. W każdym przypadku choroby wrzodowej o niejasnej patogenezie przeprowadzenie kuracji „Torantilem" wydaje się być bardzo pożyteczne.

Dr M. Karbowniczek, Poraj.

Róża twarzy.

Dziecko ma 2½ roku. Z powodu objawów skazy wysiękowej nie wykonano szczepienia ospy w pierwszym terminie. Latem 1937 po ustąpieniu zaburzeń wysiękowych zaszczepiono ospę, która się przyjęła. Po 8 dniach wystąpiła krostowata pryszczyca na powiekach prawego oka ze znacznym zaczerwienieniem i obrzmieniem całej prawej połowy twarzy. Prawe oko prawie zupełnie niewidoczne. Pod powiekami znajduje się obfita ropna wydzielina. Gorączka waha się w granicach od 38 do 40°. Znaczny niepokój. Dziecko robi wrażenie ciężko chorego. Leczenie polegało początkowo na stosowaniu środków przeciwgorączkowych i zabiegów napotnych, ciepłych okładów z rumianku, środków czyszczących i preparatów nasercowych. Pomimo to po 2 dniach nastąpiło pogorszenie i sprawa przeszła na lewe oko. Stan dziecka był taki groźny, że wezwano okulistę. Na naradzie autor postanowił zastosować Prontosil w tabletkach w dawce 2 razy dziennie po ½ tabletki. Już następnego dnia gorączka zaczęła powoli opadać, obrzmienie i zaczerwienienie szybko ustąpiły i stan ogólny poprawił się wyraźnie. Po 3 dniach prawa gałka oczna stała się znowu widoczna. Po 2 tygodniach wszystkie objawy chorobowe ustąpiły bez śladu.

Dr K. Reus, Bad Sodenthal.

(Ther Ber. 1938, Nr. 1)

Leczenie ropnego zapalenia opłucnej za pomocą doopłucnowych wstrzykiwań Prontosilu.

Autor opisuje 2 przypadki nadzwyczaj ciężkiego ropnego zapalenia opłucnej. U jednej chorej w wieku lat 39 zapalenie to wystąpiło po grypie, u drugiej chorej, lat 37 — po płatowym zapaleniu płuc. W ropie z opłucnej wykryto obecność paciorkowców. Chorym wstrzyknięto do jamy opłucnowej po 5 cm^3 Prontosilu solubile. Po 3 dniach ropa nie była już tak gęsta jak poprzednio i nie zawierała paciorkowców; kolor ropy był czerwonawy. Płyn opłucnej stracił stopniowo swój charakter ropny i pozostał jałowy. Obie kobiety wyzdrowiały bez dokonania resekcji żebra. (Jedna z pacjentek na 4 dni przed wstrzyknięciem Prontosilu solubile otrzymała również Prontosil w tabletkach doustnie dla zapobiegnięcia ewentualnej posocznicy).

Dr J. L. Brown, Birkenhead.

(Brit. med. Jl. 1937, Nr. 3987)

Prontosil w zapaleniu płuc.

Autor opisuje historję choroby 9-letniego chłopca, który zapadł na ciężkie zapalenie płuc. Stosowane zwykle w takich przypadkach preparaty pozostały bez wpływu na przebieg choroby. Wówczas autor zastosował Prontosil. Po 14 dniach bezskutecznego leczenia dziecko otrzymało 3 razy dziennie po 2 tabletki Prontosilu. Tolerancja tabletek była bardzo dobra, nie wywoływały one żadnych niepożądanych objawów ubocznych. Po 36 godzinach stosowania Prontosilu gorączka, która stale wahała się dotychczas około 40^0, opadła zupełnie. Dalsza poprawa postępowała bardzo szybko i dziecko po krótkim czasie powróciło do zdrowia.

Dr Wintzer, Hanower.

(Ther. Ber. 1938, Nr. 1)

Wstrzykiwania okołokręgowe w zarostowym zapaleniu tętnic.

Chory ma lat 53, cierpi na zarostowe zapalenie tętnic na obu kończynach dolnych (Endarteriitis obliterans). Zaprzestanie palenia papierosów, kąpiele i inne zabiegi lecznicze nie przyniosły żadnej poprawy. Dopiero okołokręgowe wstrzykiwania Novocainy rozluźniły skurcz naczyń, wzmocniły krążenie krwi i usunęły dokuczliwe zaburzenia.

Dr Gibson, Stockholm.

(Nord. Ned. Tidsk. 1937, Nr. 29)

O obecności w tarczycy związku jodowego działającego antagonistycznie w stosunku do tyroksyny.

Już od dawna wyrażano zapatrywanie, że tarczyca wytwarza nie tylko hormon zwiększający podstawową przemianę materii (tyroksynę) lecz również związek hamujący spalanie. Wielu autorów uważało, że tym związkiem antagonistycznym w stosunku do tyroksyny jest dwujodotyrozyna, która przecież przy leczeniu choroby Basedowa działa do pewnego stopnia w sposób uzasadniający uznanie tego antagonizmu. Otóż obecnie *Abelin* wykrył w tarczycy związek zawierający jod i działający wprost przeciwnie niż tyroksyna. Związek ten działa silniej niż dwujodotyrozyna, którą uważamy obecnie już tylko za produkt rozkładu silniejszej „antytyroksyny", przeciwdziałającej zwiększaniu się przemiany materii. Związek ten wyodrębniono z hydrolitycznych produktów rozszczepiania tkanki tarczycowej; nie zawiera on tyroksyny, zawiera natomiast jod i należy do grupy peptonów. U zwierząt z objawami nadczynności tarczycy już minimalne dawki nowoodkrytego preparatu bardzo skutecznie obniżają podstawową przemianę materii i sprowadzają ogólną poprawę. W doświadczeniach przeprowadzanych na białych szczurach, karmionych tarczycą, nowy tyreopepton zawierający dwujodotyrozynę wykazywał działanie zarówno leczące jak i zapobiegawcze.

Prof. dr Abelin, Zakład Fizjol. w Bernie.

(Biochem. Ztschr. 1936, tom 286)

Wyleczenie ciężkiej dziedzicznej żółtaczki noworodków po leczeniu matki wątrobą podczas ciąży.

Autor opisuje historię pewnej kobiety, która przed 9 miesiącami straciła swego 8-miesięcznego chłopczyka; przyczyną śmierci dziecka była ciężka żółtaczka. 4-letnia córeczka pacjentki jest zdrowa. Pacjentka, gdy zgłosiła się do autora, była znowu w 2. miesiącu ciąży.

Bernheim-Karrer (Zschr. Kinderheilk, 1931, tom 50) opisuje, że kobiety, które poprzednio traciły swe dzieci z powodu ciężkiej żółtaczki, rodziły zdrowe dzieci, jeżeli w ciągu ostatnich 3 miesięcy ciąży podawano im codziennie po 100 g świeżej wątroby albo odpowiednią dawkę preparatu wątrobowego. Opierając się na tych spostrzeżeniach, autor również zalecił swej pacjentce, aby w ciągu ostatnich 3 miesięcy ciąży spożywała codziennie po 100 g świeżej wątroby. Ponadto w ostatnich 6 tygodniach zastosowano wstrzykiwania Campolonu. Dziecko urodziło się w dobrym stanie ogólnym, było jednak wyraźnie żółtaczkowe, zwłaszcza na twarzy. Natychmiast wstrzyknięto

domięśniowo 15 cm^3 krwi, następnego dnia — 20 cm^3 krwi oraz 1 cm^3 Campolonu. W 4. dniu żółtaczka osiągnęła swe największe natężenie. Po 14 dniach żółtaczka zaczęła się powoli zmniejszać i po 7 tygodniach ustąpiła zupełnie. Zawartość bilirubiny we krwi wynosiła w 8. dniu życia 12,4 mg % (norma: 0,5—0,7 mg %). Poza tym stwierdzono początkowo anemię nadbarwliwą (krwinki czerwone 2.640.000, wskaźnik 1,12). Niedokrewność ustępowała powoli. W 41. dniu życia ilość erytrocytów wynosiła już 3.820.000, wskaźnik — 1. Ogółem dziecko otrzymało zaledwie 2 cm^3 Campolonu; oprócz tego podawano 2 razy dziennie po 0,05 Ferri reducti.

Icterus gravis familiaris tego dziecka miał przebieg bardzo lekki; objawy nerwowe nie wystąpiły wcale. Trudno tu rozstrzygnąć, czy ten nadzwyczaj łagodny przebieg należało zawdzięczać profilaktyce wątrobowej zastosowanej u matki; w każdym razie niewystąpienie cięższych objawów u dziecka przemawia na korzyść pomyślnego działania zapobiegania wątrobowego podczas ciąży. Również leczenie dziecka Campolonem i wstrzykiwaniami krwi mogło się oczywiście przyczynić do pomyślnego wyniku.

Dr Hotz,
Szwajcarska Szkoła Pielęgniarek, Zurych.
(Kinderärztl. Prax. 1937, Nr. 7

Przypadek ciężkiej anemii wyleczonej wstrzykiwaniami Campolonu.

Na początku stycznia zostałem wezwany do 73-letniej pacjentki, która poprzednio nigdy nie chorowała. Chora była bardzo blada i skarżyła się tylko na ogólne osłabienie i duszność. Dolegliwości te powstawały stopniowo. Stan odżywiania pozostał bez zmiany, chora nie chudła. Dopiero od kilku dni pacjentka straciła apetyt i dostawała nawet mdłości już na widok niektórych pokarmów, a zwłaszcza mięsa. Z powodu tej utraty łaknienia, a nie ze względu na postępującą i wyraźnie widoczną anemię, rodzina chorej zdecydowała się wreszcie zawezwać lekarza. Badanie chorej nie wykryło żadnych objawów, któreby mogły wytłumaczyć pochodzenie tak znacznej anemii. Najprawdopodobniejsze wydało się przypuszczenie, że niedokrwistość powstała w tym przypadku na podłożu niedomogi czynności krwiotwórczej wątroby. Badanie krwi dokonane w dniu 6. stycznia dało wyniki następujące:

Krwinki czerwone	2.020.000
Hemoglobina	38%
Wskaźnik barwny	0,95
Ciałka białe	7.900
Wielojądrzaste	
obojętnochłonne	65%
eozynochłonne	0%
zasadochłonne	0%
limfocyty	13%
Jednojądrzaste	
średnie	19%
wielkie	3%
Postacie nieprawidłowe	0

Wygląd krwinek czerwonych:
anizocytoza, poikilocytoza.

W związku z tym wynikiem badania krwi zdecydowałem się zastosować codziennie domięśniowe wstrzykiwania Campolonu. Chora otrzymała 15 wstrzykiwań po 10 cm^3. Jednocześnie zaleciłem doustnie preparaty żelaza. Po ukończeniu wstrzykiwań przeczekałem 2 tygodnie i znowu zbadałem krew. Oto wynik badania dokonanego 8. lutego:

Krwinki czerwone	5.350.000
Hemoglobina	87%
Wskaźnik barwny	0,8
Ciałka białe	10,200
Wielojądrzaste	
obojętnochłonne	59%
eozynochłonne	5%
zasadochłonne	1%
limfocyty	12%
Jednojądrzaste	
średnie	20%
wielkie	5%
Postacie nieprawidłowe	0

Wygląd krwinek czerwonych: prawidłowy.
N.B. Eozynofilia wytworzyła się tu w związku z leczeniem wątrobą.

Obecnie chora czuję się znacznie lepiej, skóra odzyskała swe prawidłowe różowe zabarwienie. Apetyt dobry, duszność ustąpiła bez śladu. Samopoczucie doskonałe.

Zaleciłem dalsze stosowanie domięśniowych wstrzykiwań Campolonu, lecz już w

dawce 5 cm³ raz na tydzień. Wstrzykiwania te mają na celu utrwalenie osiągniętej poprawy i niedopuszczenie do nawrotu.

Dr Dortu, Bruksella.

(Revue des Progrès Therap. 1938, Nr. 5)

Wrzodziejące zapalenie jamy ustnej i jego leczenie.

Ostra choroba zakaźna jamy ustnej, znana jako Stomatitis ulcero-membranacea, przedstawia z klinicznego punktu widzenia wyraźnie odgraniczony obraz chorobowy. Zmiany te nie występują nigdy w bezzębnej jamie ustnej. Zapalenie rozpoczyna się zwykłe w sąsiedztwie dolnych zębów mądrości lub siekaczy albo też w okolicy spróchniałych zębów lub korzeni. Początkowo chory odczuwa przykre wrażenie lub doznaje nieznacznego bólu po jedzeniu twardych potraw. Objawy zapalne szerzą się wzdłuż brzegu dziąseł i szybko zwiększają swe natężenie. W okresie rozwiniętej choroby stwierdza się następujące objawy: ślinotok, owrzodzenia błony śluzowej, krwawienie z dziąseł, foetor ex ore, gorączka do 40°, zamroczenie. Jako zarazki chorobotwórcze wchodzą w rachubę Bacillus fusiformis i Spirochaeta refringens. Upośledzenie odżywiania, wyczerpanie, choroby zakaźne i t. d. zwiększają złośliwość zarazków. Leczenie wrzodziejącego zapalenia śluzówki jamy ustnej rozpoczynamy zwykle od stosowania 2%-owej wody utlenionej. Jeżeli bóle po kilku dniach ustępują, to można przystąpić do usunięcia nalotów po uprzednim znieczuleniu śluzówki 4%-owym roztworem Novocainy lub 1%-owym roztworem Pantocainy. Następnie owrzodzenia oczyszczamy i przypalamy ewentualnie kwasem trójchlorooctowym albo też smarujemy co drugi dzień 1%-owym roztworem Trypaflaviny. W przypadkach uporczywych pędzlujemy owrzodzenia przetworami Neosalvarsanu. Również Omnadina, surowica wielowartościowa, mleko (domięśniowo), Salvarsan (dożylnie) i wstrzykiwania własnej krwi (domięśniowo 8—10 cm³ 3—4 razy w odstępach co 3—4 dni) mogą wpływać pomyślnie na przebieg choroby. Duże znaczenie ma pożywienie obfitujące w witaminę C; ewentualnie należy podawać preparaty witaminy C.

Dr G. Morelli, Klin. Stom. w Budapeszcie.

(Z. Stomat. 1937, tom 35)

Podajemy do łaskawej wiadomości nowoprzybyłych Czytelników „Wiadomości Terapeutycznych", że zeszyty Nr 2 i 4 tego czasopisma oraz Nr Nr 4, 7, 8 i 9 b. r. dodatku bezpłatnego „Leczenie chorób serca" Prof. dra Jagica i dra E. Flauma są wyczerpane, wobec czego nie mamy możności uwzględniania licznych zapotrzebowań na wymienione zeszyty.

REDAKCJA

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Handlowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka 6.